



Consentimiento General para Atención y Tratamiento

PARA EL PACIENTE: Usted tiene derecho, como paciente, a ser informado sobre su condición y el procedimiento quirúrgico, médico o de diagnóstico recomendado que se utilizará para que pueda tomar la decisión de someterse o no a cualquier tratamiento o procedimiento sugerido después de conocer los riesgos y peligros involucrados. En este momento de su atención, no se ha recomendado ningún plan de tratamiento específico. Este formulario de consentimiento es simplemente un esfuerzo para obtener su permiso para realizar la evaluación necesaria para identificar el tratamiento y/o procedimiento apropiado para cualquier condición identificada

Este consentimiento nos otorga su permiso para realizar exámenes médicos, pruebas y tratamientos razonables y necesarios. Al firmar a continuación, usted indica que (1) tiene la intención de que este consentimiento sea de naturaleza continua incluso después de que se haya realizado un diagnóstico específico y se haya recomendado el tratamiento; y (2) usted da su consentimiento para el tratamiento en esta oficina o en cualquier otra oficina satélite bajo propiedad común. El consentimiento permanecerá en pleno vigor hasta que sea revocado por escrito. Usted tiene derecho a interrumpir los servicios en cualquier momento.

Tiene derecho a discutir el plan de tratamiento con su médico sobre el propósito, los posibles riesgos y los beneficios de cualquier prueba que se le solicite. Si tiene alguna inquietud con respecto a alguna prueba o tratamiento recomendado por su proveedor de atención médica, le animamos a que haga preguntas

Solicito voluntariamente a un médico o proveedor de nivel medio (enfermero especializado, asistente médico o enfermero clínico especialista), y a otros proveedores de atención médica o personas designadas, según se considere necesario, que realicen exámenes médicos, pruebas y tratamientos razonables y necesarios para la afección que me ha llevado a buscar atención en este consultorio. Entiendo que si se recomiendan pruebas adicionales, procedimientos invasivos o intervenciones, se me pedirá que lea y firme formularios de consentimiento adicionales antes de la(s) prueba(s) o procedimiento(s).

Certifico que he leído y comprendido completamente las declaraciones anteriores y doy mi consentimiento total y voluntario a su contenido.

Firma del paciente o representante personal

Fecha

Nombre impreso del paciente o representante personal

Parentesco con el paciente

Nombre impreso del testigo

Puesto de trabajo del empleado

Firma del testigo

Fecha