



Account # _____

Consentimiento para Tratamiento

Tratamiento y Consentimiento. Estoy recibiendo tratamiento en Doctors Care y doy mi consentimiento para todos los cuidados médicos / dentales y quirúrgicos, exámenes, vacunas, radiografías y otros tratamientos / pruebas determinadas por mi proveedor que sean necesarios para mí. Aunque espero que la atención brindada cumpla con los estándares habituales, entiendo que no hay garantías con respecto a los resultados de mi atención. También entiendo que si no sigo las recomendaciones de mi Proveedor, ya que pueden estar relacionadas con mi salud, el Proveedor y esta Oficina no serán responsables por cualquier lesión o daño que sea el resultado de mi incumplimiento. Entiendo que si un empleado o cualquier persona asociada con Doctors Care está expuesta a mi sangre o fluidos corporales, me realizarán pruebas para detectar el virus de la hepatitis y el virus de inmunodeficiencia humana (VIH). También entiendo que recibiré educación relacionada con estas pruebas y que no se me cobrará por las pruebas y la educación relacionada con ellas.

Nombre del paciente _____ Fecha de nacimiento del paciente _____

Firma del paciente / padre / tutor _____ Fecha de hoy _____

Si no está firmado por el paciente, indique la relación:

Padre o tutor del paciente menor Guardián o Tutelar de un paciente inhábil