

CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO

Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____

CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO

Solicito a los médicos y otros profesionales de la salud que me atienden que realicen/ordenen procedimientos de laboratorio/diagnóstico apropiados y brinden tratamientos terapéuticos, que a juicio de mi médico u otros profesionales de la salud, sean médicamente necesarios en el curso de mi tratamiento médico o atención preventiva. También entiendo que es política de este consultorio realizar pruebas de orina a los pacientes cuando sea apropiado, incluidas pruebas de embarazo en orina a todas las pacientes en edad fértil, a menos que se hayan sometido a una histerectomía completa.

Entiendo que la práctica de la medicina y la cirugía no es una ciencia exacta y reconozco que no se me ha dado ni se me brindará ninguna garantía en cuanto a los resultados de cualquier servicio profesional que pueda recibir como paciente del consultorio; es decir, tratamientos, exámenes, procedimientos, etc. Autorizo a mi proveedor a retener, preservar y utilizar con fines científicos o educativos, o desechar a su conveniencia, cualquier muestra o tejido que se haya extraído de mi cuerpo durante una visita. Si me someto a algún procedimiento que requiera el envío de tejido para un examen patológico, autorizo el uso de cualquier tejido sobrante con fines educativos.

Presto mi consentimiento para la comunicación telefónica, audio-visual o digital sincrónica con mis médicos y otros profesionales de la salud en el consultorio como una alternativa a una visita presencial para brindar atención o tratamiento.

CERTIFICO QUE LEÍ ESTE FORMULARIO Y ENTIENDO SU CONTENIDO

Firma del paciente: _____

Fecha: _____