

Consentimiento para el Tratamiento Medico

A través de este documento, Yo, o un representante autorizado que actua en nombre del paciente, o como padre o Tutor legal del paciente, doy consentimiento a recibir los servicios medicos generales, que pueden incluir procedimientos de diagnostico rutinarios y tratamiento medico. Tambien reconozco que la practica de la medicina no es una ciencia exacta y que no se me ha dado ninguna garantia de los resultados del tratamiento o de la evaluacion diagnostica en Youens and Duchicela Clinic.

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Firma: _____ Fecha: _____

Parentesco al paciente : _____

Consentencia de la utilizacion de Informacion Confidencial

Yo, he recibido informacion de parte de la Clinica Youens y Duchicela sobre la manera como seran usados y divulgados los datos medicos de mi persona. Estoy enterado que tengo derecho de recibir una copia de este documento.

Firma del Paciente o el Representante

Fecha

Nombre del Paciente o el Representante

Descripcion or tipo de autoridad del Representante