



**Consentimiento para el tratamiento**

**Tutela del niño o adulto incapacitado**

Nombre del paciente (Apellido, Nombre) \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Código postal \_\_\_\_\_

En caso de emergencia, ¿ A quién deberíamos contactar? \_\_\_\_\_

Relación con el paciente \_\_\_\_\_

Números de teléfono: (1) \_\_\_\_\_ (2) \_\_\_\_\_

Al firmar a continuación. Por la presente declaro que soy el custodio legal principal o custodio legal conjunto de \_\_\_\_\_ que se me presenta para recibir tratamiento, y acepto proporcionar documentación de esta relación a Health Partnership Clinic.

Al firmar a continuación, doy mi consentimiento como tutor de \_\_\_\_\_

para cualquiera de los siguientes procedimientos de rutina que el personal profesional de Health Partnership Clinic considere necesarios: exámenes, radiografías, tratamiento dental / médico, inmunizaciones. Entiendo que no hay garantías, ya sea por escrito o implícitas sobre el resultado de cualquier examen o procedimiento dental / médico. Se harán todos los intentos para contactarme si el médico / dentista considera que los procedimientos son necesarios. Entiendo todas las declaraciones anteriores y cumpliré con las políticas establecidas.

\_\_\_\_\_

Nombre

Relación con el niño / adulto

\_\_\_\_\_

Firma del paciente o tutor legal

Fecha

Firma del Testigo

Fecha

¿Se obtuvo el consentimiento por teléfono? \_\_\_\_\_ Si \_\_\_\_\_ No

En caso afirmativo, firma de la persona que obtiene el consentimiento. \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_