Health Partnership CLINIC

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_____