

CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO GENERAL



Yo, _____, presentemente autorizo a MetCare _____ (nombre del centro de Metcare que esta haciendo el tratamiento), al medico que provee la asistencia medica, o al medico designado, y a otros empleados de esta localidad a que me examinen y me den tratamiento. Yo tambien autorizo dichos tratamientos y los procedimientos que hayan sido considerados necesarios por el medico, incluido, pero no limitado a, la toma de rayos X, medicamentos, muestras de sangre, las muestras de orina y otras terapias que sean consideradas necesarias. Estoy consciente de que la práctica de la medicina no es una ciencia exacta y reconozco que ninguna garantía o garantías se han hecho o se han implicado acerca de los resultados que puedan obtenerse mediante el examen y tratamiento.

Por lo tanto, certifico que he entendido el significado de esta autorizacion.

Nombre del paciente: _____

Firma del paciente: _____ Fecha: ____/____/____

Firma del testigo: _____ Fecha: ____/____/____

Nombre del tutor legal autorizado de dar consentimiento: _____

Firma del tutor legal: _____ Fecha: ____/____/____