



Consentimiento para el tratamiento

Prima CARE P.C. requiere que cada paciente (o un representante autorizado) firme este formulario de Consentimiento para el tratamiento antes de recibir un examen, atención y tratamiento de un proveedor de Prima CARE. Un “representante autorizado” puede ser un padre, madre, tutor legal o representante de atención médica.

Nombre del paciente: _____	Fecha de nacimiento: _____
----------------------------	----------------------------

Al firmar al calce, acepto voluntariamente el examen, atención y tratamiento por parte de los proveedores de salud de Prima CARE y/o sus asistentes designados (personal de Prima CARE).

Entiendo que, en el transcurso de mi atención, el personal de Prima CARE puede descubrir afecciones que pueden requerir pruebas adicionales, procedimientos, tratamiento y/o derivaciones que no estaban planificadas inicialmente. Por medio del presente autorizo al personal de Prima CARE a realizar dichas pruebas, procedimientos y/o tratamientos, y a realizar dichas derivaciones que sean recomendables a su criterio médico. Doy mi consentimiento para que fotografías médicas se coloquen en mi expediente médico. Entiendo que si se recomiendan ciertas pruebas, procedimientos o tratamientos, tendré la oportunidad de hablar sobre el plan de tratamiento con mi proveedor y se me pedirá que lea y firme formularios de consentimiento específico adicionales antes de recibir dichas pruebas, procedimientos y/o tratamientos.

No impongo ninguna limitación o prohibición específica con respecto a mi examen, atención y tratamiento excepto los enumerados a continuación (de haberlos):

Reconozco que no se me han dado garantías respecto a cualquier examen, atención o tratamiento realizado por el personal de Prima CARE. Todas las preguntas que tengo sobre este formulario de Consentimiento para el tratamiento y su contenido han sido contestadas a mi entera satisfacción.

Firma del paciente: _____	Fecha: _____	Hora: _____
---------------------------	--------------	-------------

Si el paciente es un menor no emancipado, discapacitado (física o mentalmente) o si el paciente firma con una “marca”, se requiere una firma y testigos a continuación:

Firma de representante personal (padres, tutor legal, representante de atención médica): _____

Parentesco con el paciente/autoridad legal: _____ Fecha: _____ Hora: _____

Testigo: _____ Fecha: _____ Hora: _____
Médico/enfermero o profesional de salud

Segundo testigo: _____ Fecha: _____ Hora: _____
Obligatorio si el consentimiento es por teléfono o verbal o si el paciente realiza una marca

Comunicarse en caso de una emergencia:

Nombre: _____	Parentesco con paciente: _____
Teléfono: _____	
Encierre una opción: Móvil/Trabajo/Casa	