

Autorização para Tratamento

Prima CARE P.C. requer que cada paciente (ou representante autorizado) assine esta Autorização para Tratamento antes de ser examinado, ou receber cuidados médicos por um técnico de saúde do Prima CARE. Um “representante autorizado” pode ser um familiar, guardião com poderes legais, ou uma Procuração de Cuidados de Saúde (Health Care Proxy).

Nome do Paciente: _____

Data de Nascimento: _____

Ao assinar abaixo, dou consentimento voluntário ao exame, cuidados e tratamentos por técnicos de saúde do Prima CARE ou seu pessoal assistente (Funcionários do Prima CARE).

Entendo que durante o processo de cuidados médicos, os funcionários do Prima CARE poderão encontrar estados de saúde que necessitem de testes, procedimentos, tratamentos e/ou referências adicionais que não estavam inicialmente planeadas. Autorizo por este meio os funcionários do Prima CARE a efetuar estes testes adicionais, procedimentos e/ou tratamentos e fazer as referências julgadas oportunas pelo seu parecer médico. Dou consentimento a que fotografias médicas sejam colocadas na minha ficha. Entendo que se algum teste, procedimento ou tratamento são recomendados, eu terei a oportunidade de rever o plano de tratamento com o meu técnico de saúde e terei que rever e assinar formulários de consentimento adicionais antes de receber esse(s) teste(s), procedimento(s) e/ou tratamento.

Não estabeleço limitações específicas ou proibições a respeito de exames, cuidados e tratamentos para além dos indicados abaixo (se aplicável):

Reconheço que nenhuma garantia me foi dada a respeito do efeito de qualquer exame, cuidado ou procedimento efetuado pelos funcionários do Prima CARE. Foram-me dadas respostas satisfatórias a todas as minhas perguntas sobre este Formulário de Consentimento para Tratamento.

Assinatura do Paciente: _____

Data: _____

Hora: _____

Se o paciente é um menor não emancipado, incapacitado (física ou mentalmente), ou se o paciente assina “em cruz”, a assinatura e testemunho são necessários abaixo:

Assinatura do Representante Pessoal (familiar, Guardião Legal, ou Procuração de Cuidados de Saúde): _____

Relacionamento com o Paciente/Autoridade Legal : _____ Data: _____ Hora: _____

Testemunha: _____ Data: _____ Hora: _____

(Médico(a)/Enfermeiro(a) ou Profissional de Saúde)

Contacto em caso de emergência:

Nome: _____ Relacionamento com o doente: _____

Telefone: _____

Selecione um: Telemóvel/Trabalho/Casa