



Consentimiento General Para el Consentimiento de Atención y Tratamiento

AL PACIENTE: Usted tiene derecho, como paciente, a ser informado sobre su condición y el procedimiento quirúrgico, médico o de diagnóstico recomendado que se utilizará para que pueda tomar la decisión de someterse o no a cualquier tratamiento o procedimiento sugerido después de conocer los riesgos y peligros involucrados. Ah este momento en su cuidado, no se ha recomendado ningún plan de tratamiento específico. Este formulario de consentimiento es simplemente un esfuerzo para obtener su permiso para realizar una evaluación y el tratamiento médico necesario y apropiado, incluidos los servicios de laboratorio de oficina (extracciones de sangre), inyecciones y herramientas de diagnóstico para cualquier condición identificada.

Este consentimiento nos proporciona su permiso para realizar exámenes médicos, pruebas y tratamientos razonables y necesarios. Al firmar a continuación, usted indica que (1) tiene la intención de que este consentimiento continúe en la naturaleza incluso después de que se haya realizado un diagnóstico específico y se haya recomendado el tratamiento; y (2) usted acepta el tratamiento en esta oficina o en cualquier otra oficina satélite de propiedad común. El consentimiento permanecerá plenamente efectivo hasta que sea revocado por escrito. Usted tiene el derecho en cualquier momento de interrumpir los servicios.

Usted tiene el derecho de discutir el plan de tratamiento con su médico sobre el propósito, los riesgos potenciales y los beneficios de cualquier prueba ordenada para usted. Si tiene alguna inquietud con respecto a cualquier prueba o tratamiento recomendado por The Healing Sanctuary, lo animamos a que haga preguntas.

Solicito voluntariamente a un médico o proveedor en The Healing Sanctuary, y otros proveedores de atención médica o las personas designadas según se considere necesario, que realicen un examen médico, pruebas y tratamiento razonables y necesarios para la afección que me ha llevado a buscar atención en esta práctica. Entiendo que si se recomiendan pruebas adicionales, procedimientos invasivos o de intervención, se me pedirá que lea y firme formularios de consentimiento adicionales antes de la(s) prueba(s) o procedimiento(s).

Certifico que he leído y entiendo completamente las declaraciones anteriores y doy mi consentimiento total y voluntario a su contenido.

Firma del Paciente o Representante Personal

Fecha

Imprimir Nombre del Paciente o Representante Personal

Relación con el Paciente

Imprimir Nombre del Testigo
Empleado

Título del Trabajo del

Firma del Testigo

Fecha