

Consentimiento para el Tratamiento

Al firmar a continuacion, yo (o mi representante autorizado en mi nombre) autorizo a los medicos, profesionales y personal de MSPB a realizar exámenes, pruebas y procedimientos de diagnostico y a proporcionar cualquier medicamento, tratamiento o terapia necesaria para evaluar y mantener mi salud de manera eficaz, y para evaluar, diagnosticar y tratar mi enfermedad o lesiones.

Entiendo que es responsabilidad de los proveedores de atencion medica que me traten de explicarme las razones de cualquier examen, prueba o procedimiento de diagnostico, las opciones de tratamiento disponibles y los riesgos comunes y las cargas y beneficios anticipados asociados con estas opciones, asi como los cursos alternativos de tratamiento.

NOMBRE DEL PACIENTE

FIRMA DEL PACIENTE

FECHA