



## CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento del paciente: \_\_\_\_\_

La Dirección del paciente: \_\_\_\_\_

Por favor nota: no firmar este formulario sin leer y entender su contenido.

- Doy mi consentimiento a los cuidados médicos rutinarios prestados por el médico(s) en MedLink Georgia
- Doy mi consentimiento para el tratamiento por un asistente médico o enfermera de práctica avanzada, actuando bajo la supervisión de un médico de MedLink Georgia
- Reconozco que tengo el derecho a explicaciones sobre mi cuidado y tratamiento en un idioma y de una manera que asegure entiendo tratamientos y opciones
- Reconozco que tengo el derecho a negarse a recibir tratamiento después de que los riesgos y los beneficios han sido explicadas
- Entiendo que algunas personas proporcionando servicios médicos profesionales, incluyendo, pero no limitado a los servicios de laboratorio y patología, pueden ser contratistas independientes y se facturará por separado para sus servicios.
- Reconozco que el tratamiento puede ser dictada en una emergencia sin consentimiento

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente o Tutor Legal

\_\_\_\_\_  
Relación

\_\_\_\_\_  
Fecha

### PARA PACIENTES MENORES Y/O ADULTOS INCAPACES DE FIRMAR POR SÍ MISMOS

- Puedo atestiguar que yo soy el padre o tutor legal del paciente
- He de reconocer que la ley de Georgia y las regulaciones federales permiten que los menores reciban tratamiento en ciertas situaciones, sin la aprobación de los padres/tutores (es decir, la planificación familiar, las enfermedades de transmisión sexual, embarazo, abuso de sustancias, etc.).
- He de reconocer que los menores emancipados no requieren consentimiento de los padres/tutores para el tratamiento
- He de reconocer que las personas temporalmente en permanente para los padres (in loco parentis) pueden dar su consentimiento para un menor de edad en su custodia
- Reconozco la expectativa que me enviará la autorización escrita para alguien que no sea su padre o tutor, o aquellos enumerados abajo para acompañar a mi niño o adulto no puede firmar por sí mismos

\_\_\_\_\_  
Nombre

\_\_\_\_\_  
Relación

\_\_\_\_\_  
Teléfono

\_\_\_\_\_  
Nombre

\_\_\_\_\_  
Relación

\_\_\_\_\_  
Teléfono

\_\_\_\_\_  
Nombre

\_\_\_\_\_  
Relación

\_\_\_\_\_  
Teléfono

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente o Tutor Legal

\_\_\_\_\_  
Fecha