

Nombre del paciente: _____

FDN: _____

NRM: _____

Consentimiento voluntario para el tratamiento

Por la presente, otorgo mi consentimiento voluntario para permitir que cualquier médico o asistente asociado de Orthopedic Associates of Lancaster (OAL) realice un examen y cualquier procedimiento de diagnóstico, así como procedimientos médicos y quirúrgicos que sean necesarios o recomendables a su criterio para mi atención médica.

_____ Iniciales

Paciente incapaz de dar su consentimiento

Los formularios deben ser completados por el representante legal o la persona que acompaña al paciente.

Si el paciente mencionado no puede dar su consentimiento para el tratamiento, complete la siguiente información:

Persona que acompaña al paciente: _____, parentesco: _____

☐ Residencia de ancianos (si corresponde): _____

Si el representante legal no está presente físicamente para la visita, se obtuvo el consentimiento verbal de:

Nombre: _____ Parentesco: _____

Consentimiento obtenido a través de (marque con círculo): Teléfono, correo electrónico, carta

Firma del representante de servicios al paciente: _____

Fecha: _____ Hora: _____

ACUSE DE RECIBO DE LA POLÍTICA DE GRABACIÓN DE AUDIO Y VIDEO Y AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD PARA LA INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA

Reconozco que he recibido la Política de grabación de audio y video, y el Aviso de prácticas de privacidad de OAL.

Firma

Nombre en letra imprenta

Fecha