



Experienced, Specialized Care

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

CONSENTIMIENTO DE MENORES DE EDAD

Los formularios deben ser completados por el padre/tutor acompañante o el adulto que acompañe al paciente.

Si el paciente mencionado es menor de edad (menores de 18 años), complete la siguiente información:

Persona que acompaña al paciente: _____, parentesco: _____

☐ El menor podrá ser visto en visitas de seguimiento posteriores si está acompañado de:

1) _____, parentesco: _____

2) _____, parentesco: _____

☐ El menor puede asistir a las visitas de seguimiento por sí solo. _____ Iniciales

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

Nombre: _____

Parentesco: _____

Consentimiento obtenido por (marque con un 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