

BOCA PEDIATRIC GROUP
5458 Town Center Road #20
Boca Raton, FL 33486
Telefone 561-391-6210 ~ Fax 561-391-2810

Consentimento Geral para Tratamento

Nome do paciente _____ Data de Nascimento _____
Nome do paciente _____ Data de Nascimento _____
Nome do paciente _____ Data de Nascimento _____

Como o pai/mãe/tutor legal da/das criança(s) mencionada(s) acima, entendo que esse formulário é o meu/nosso consentimento e autorização por escrito que permite a todos os médicos que trabalham para ou em nome do Boca Pediatric Group realizar qualquer tratamento médico (incluindo vacinas, medicamentos, testes diagnósticos, etc.) necessário para avaliar e manter eficazmente a saúde do meu/nosso/s filho/s , e para ter acesso a diagnosticar e tratar a doença ou lesão do meu/nosso/s filho/s.

Caso seja necessário um tratamento de emergência, concedo/concedemos meu/nosso consentimento para fazer qualquer delegação e atribuição a outro médico, cirurgião ou outro especialista que considerem necessário para ajudar no tratamento do meu/ nosso/s filho/s, e concordo/concordamos em ser responsáveis e pagar por qualquer serviço prestado direta ou indiretamente. Concordo/Concordamos com esse tratamento de emergência com a compreensão de que nenhuma garantia ou certeza foi dada sobre os resultados que possam ser obtidos.

Compreendo que, ao dar o meu/ nosso consentimento para o tratamento, mantenho o direito de recusar qualquer exame, procedimento, tratamento, medicamento ou vacina em particular que seja recomendado ou considerado medicamente necessário pelos profissionais de saúde responsáveis.

Firma do Pai / Mãe ou Responsável Legal

Nome do Pai / Mãe ou Responsável Legal