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

Consentimiento General para Tratamiento

Nombre del paciente_____ Fecha de Nacimiento_____
Nombre del paciente_____ Fecha de Nacimiento_____
Nombre del paciente_____ Fecha de Nacimiento_____

Como el padre/tutor legal del niño (niños) mencionado(s) anteriormente, entiendo que este formulario es mi/nuestro consentimiento y autorización por escrito que permite a todos los médicos que trabajen para o en nombre de Boca Pediatric Group llevar a cabo cualquier tratamiento médico (incluyendo vacunas, medicamentos, pruebas diagnósticas, etc.) necesario para evaluar y mantener de forma eficaz la salud de mi/nuestro hijo y para acceder, diagnosticar y tratar la enfermedad o lesión de mi/nuestro hijo.

En caso de ser necesario un tratamiento de emergencia, doy/damos mi/nuestro consentimiento para hacer cualquier delegación y asignación a otro médico, cirujano u otro especialista que consideren necesario para ayudar en el tratamiento de mi hijo, y acepto/aceptamos ser responsables y pagar por cualquier servicio que nos sea prestado directa o indirectamente. Acepto/aceptamos dicho tratamiento de emergencia con la comprensión de que no se ha dado ninguna garantía o certeza sobre los resultados que se puedan obtener.

Entiendo que al dar mi/nuestro consentimiento para el tratamiento, conservo el derecho de rechazar cualquier examen, procedimiento, tratamiento, medicamento o vacuna en particular que sea recomendado o considerado médicamente necesario por el/los profesionales de atención médica responsables.

_____
Firma del Padre / Madre o Responsable Legal

_____
Nombre por escrito del Padre / Madre o Responsable Legal