

**650 calle Fulton**

**Brooklyn, Nueva York 11217**

**(T) 718-596-9800**

**CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO MÉDICO**

**Yo** , \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, por la presente voluntariamente doy mi consentimiento para dicha atención, incluida la rutina.

diagnóstico, tratamiento médico terapéutico e inmunizaciones para\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ a ser

**Nombre del paciente**

proporcionados por los Médicos, Personal Médico y Personal de este Centro de Salud.

Reconozco que no se me han dado garantías en cuanto a los resultados de los tratamientos o exámenes en este centro de salud. Este consentimiento me ha sido completamente explicado y certifico que entiendo su contenido.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Testigo** **Firma del paciente, padre o tutor** **Fecha**   
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**CONSENTIMIENTO ESPECIAL**

**Yo** , \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ por la presente autorizo a los Médicos, Personal Médico y Personal de

este Centro de Salud para tratar a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ por las condiciones que aparecen como indicadas y han

**Nombre del paciente**

me han explicado como entiendo la naturaleza del procedimiento como me lo explicó \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Proveedor**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Testigo**  **Firma del paciente, padre o tutor**  **Fecha**

**LIBERACIÓN - NEGACIÓN DE TRATAMIENTO**

**Yo** , \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, me niego a permitir y específicamente prohíbo a cualquier persona realizar:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

el \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ya que dicho tratamiento médico es contrario a mis deseos.

**Nombre del paciente**

Comprendo plenamente que el rechazo de este tratamiento o procedimiento puede poner en grave peligro mi vida (o la vida de quien soy el tutor legal) o puede resultar en una discapacidad grave. Por la presente libero a Brooklyn Plaza Medical Center, Inc. a todos sus médicos, enfermeras, empleados y agentes de toda responsabilidad.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Firma del paciente, padre o tutor**  **Fecha**