

**CONSENTIMIENTO GENERAL PARA TRATAMIENTO MEDICO Y DENTAL**

Patient ID # \_\_\_\_\_

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

1. Estoy solicitando atención médica y tratamiento en Cornerstone Family Healthcare y me comprometo a aceptar los servicios que pueden ser parte de un diagnóstico médico, procedimientos para tratar mi enfermedad y cualquier tratamiento de rutina dental o médico. Entiendo que estos servicios serán ofrecidos por un médico, dentista, enfermera/o, asistente médico y otros proveedores de salud, algunos de los cuales podrían estar en proceso de adiestramiento. No se me han brindado garantías en cuanto a los resultados de los servicios que voy a recibir.
2. Entiendo que mi acuerdo en aceptar éstos servicios se mantendrá en efecto a menos que yo indique que no deseo continuar recibiendo éstos servicios o hasta que mi tratamiento se haya completado.
3. Entiendo que mi acuerdo en aceptar éstos servicios es llamado "Consentimiento General" y que incluye procedimientos de rutina o tratamientos tales como pruebas de sangre, examen físico, administrar medicamentos, tomar rayos-x, uso de anestesia local o cualquier otro tratamiento no-invasivo.

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente/Padre/Madre/Guardián del Paciente Menor de Edad\_\_\_\_\_  
Fecha

Si el paciente no puede consentir por cuenta propia, se requiere la firma del agente a cargo de su salud, el representante legal, o el familiar más cercano quien dará consentimiento para tratar el paciente.

\_\_\_\_\_  
Firma del Agente Asignado por Corte o Representante Legal\_\_\_\_\_  
Fecha\_\_\_\_\_  
Firma y Relación de Familiar Más Cercano\_\_\_\_\_  
Fecha

Testigo:

Yo, \_\_\_\_\_ soy un empleado de Cornerstone Family Healthcare y no proveedor de salud. Soy testigo de que el paciente o alguna persona pertinente al mismo ha firmado éste documento.

\_\_\_\_\_  
Firma del Testigo\_\_\_\_\_  
Fecha