

Miami Beach Community Health Center, Inc.

710 Alton Road, Miami Beach, FL 33139

1221 71st Street, Miami Beach, FL 33141

Tel: (305) 538-8835

S. Fax: (305) 532-5766 N Fax: (305) 865-1881

CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO

1. Por la presente doy consentimiento y autorizo a los médicos a realizar las pruebas, exámenes o tratamientos que a su juicio sean necesarios o recomendables para diagnosticar o tratar a:

Nombre del paciente: _____

2. He obtenido una copia de los derechos del paciente. Estos derechos me han sido explicados por:

Nombre de la persona: _____

3. Autorizo a este Centro a administrar cualquier procedimiento de emergencia que fuera necesario. Doy consentimiento a ser transferido a otro centro para tratamiento, si fuera necesario.

4. Estoy de acuerdo en que la práctica de la medicina y la cirugía no pueden ser garantizadas, y por lo tanto, sé que no se me puede garantizar el resultado del tratamiento..

5. Por la presenta eximo de toda responsabilidad al Miami Beach Community Health Center, Inc., al cuerpo médico, enfermeros y empleados del mismo surante el curso del tratamiento. El paciente,

(nombre del paciente) _____
assume toda la responsabilidad.

6. Autorizo a que el pago de los beneficios sea hecho directamente al Miami Beach Community Health Center , Inc., siempre que no exceda la cantidad estipulada por el centro por los servicios. Estoy de acuerdo que una copia fotostática del pago es tan válida como el original.

7. Entiendo que el Centro Cumunitario de Salud Miami Beach, Inc., utilize los servicios de Asistentes Médicos (profesionales graduados en programas aprobados por la Junta de Medicina de Florida, con licencia para proveer servicios bajo la supervision de un Docotr en Medicinia) y en Enfermeros (as) Practicantes (professionals registrado que en adicion a sus conocimientos de enfermeria, reciben educacion especial para prestar servicios medicos, bajo la supervision de un Doctor en Medicina). Comprendo que pueda existir la necesidad de que se me ofrezcan los servicios medicos de los professionals de nivel medio anteriormente mencionados y no tengo ninguna objecion a recibirlos.

Al firmar certifico que entiendo el contenido de esta carta y que acepto todas las responsabilidades que me han sido explicadas o leídas.

COMENTARIOR: _____

Testigo

Fecha

Firma del paciente o persona responsable