



Formulario de Autorización de Tratamiento Médico

Consentimiento para el tratamiento:

Yo, el abajo firmante, un paciente de Endure Urgent Care, solicito y autorizo a mi médico y a quienes designe como sus asociados o asistentes administrar dicho tratamiento.

- Yo
- Mi hijo como padre o tutor legal (si aplica)
- Un miembro de la familia o un individuo al que se cuida como representante legal/responsable de la toma de decisiones (si aplica)

Doy mi consentimiento voluntario para dicha atención médica, evaluación y tratamiento, así como para cualquier divulgación de información necesaria para obtenerlos. Estos incluirán, pero no serán limitados para exámenes, evaluaciones diagnósticas que incluyen laboratorios, imágenes que incluyen radiografías, procedimientos, tratamientos médicos o quirúrgicos.

En el caso que los procedimientos invasivos se consideren médicamente necesarios, entiendo que además se obtendrá un consentimiento adicional y dicho consentimiento puede ser verbal o escrito, según lo dicten las circunstancias. Estoy consciente que la práctica de la medicina y la cirugía no son ciencias exactas y reconozco que no se han dado garantías en cuanto a los resultados del tratamiento o examinación.

SERVICIOS DE LABORATORIO: Reconozco que ciertas pruebas de laboratorio pueden enviarse a un laboratorio independiente para su procesamiento y por el presente documento, autorizo que los resultados de estos laboratorios se entreguen electrónicamente al sistema de registros médicos electrónicos de Endure. Entiendo que recibiré una factura por separado por los resultados de las pruebas procesadas por un laboratorio independiente y aceptó ser financieramente responsable de los servicios de laboratorio que se me brinden.

Nombre Impreso del Paciente

Fecha

Firma del paciente