

**Carolina Family Health Centers, Inc.**

Carolina Family Dental Center • Freedom Hill Community Health Center • Harvest Family Health Center • Wilson Community Health Center

**CONSENTIMIENTO INFORMADO**

\_\_\_\_\_  
*Nombre del Paciente (letra de molde)*

\_\_\_\_\_  
*MR#*

\_\_\_\_\_  
*Tratamiento/Procedimiento*

Por la presente, reconozco que he sido completamente informado en cuanto a 1.) la naturaleza del procedimiento, 2.) los riesgos y complicaciones involucrados en el procedimiento, incluidas las complicaciones fatales y la insatisfacción con los resultados 3.) los beneficios percibidos asociados con el tratamiento / procedimiento mencionado anteriormente; y, 4.) las opciones alternas que están disponibles para mí. Entiendo que tengo derecho a que todas las preguntas sean respondidas a mi satisfacción y a rechazar el tratamiento / procedimiento en cualquier momento.

\_\_\_\_\_  
*Firma del Padre/Madre/Tutor Legal*

\_\_\_\_\_  
*Fecha*

Por la presente, reconozco que al paciente / tutor legal se le ha revelado todo lo referente al tratamiento / procedimiento mencionado anteriormente. El paciente / tutor parece comprender los riesgos, las consecuencias probables y las alternativas a esta modalidad de tratamiento.

\_\_\_\_\_  
*Firma del Proveedor de Salud de CFHC, Inc.*

\_\_\_\_\_  
*Fecha*

Ambas firmas se atestiguaron el día \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_.  
*Mes Año*

\_\_\_\_\_  
*Firma del Testigo*