

## **Consentimiento Para Tratamiento**

Nombre del paciente (impreso): \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

- Yo, voluntariamente doy el consentimiento de recibir cuidado y tratamiento médico por el proveedor y/o personal médico de Central Florida Rheumatology Consultants.
- Yo, comprendo que esto puede incluir procedimientos diagnósticos de rutina, examen físico, y tratamiento médico que pueden incluir servicios de emergencia, según el proveedor médico entienda sea necesario.
- Yo, comprendo que la practica de la medicina no es una ciencia exacta y que no se me han prometido garantías de los resultados de mi tratamiento o examen médico.
- Yo, comprendo que tengo el derecho de negar cualquier servicio o tratamiento en la medida que lo permita la ley y que es mi responsabilidad hacer preguntas si yo no entiendo alguna información o instrucciones que se me han provisto.

Firmando a continuación estoy de acuerdo con los términos anteriores.

Firma del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha : \_\_\_\_\_