



PARRAPEDIATRICS

healthcare with love

Consentimiento General Para El Tratamiento

Yo, sabiendo que tengo una afección médica o un chequeo físico que requiere diagnóstico, tratamiento médico o quirúrgico; por medio de la presente, voluntariamente doy consentimiento a tales procedimientos, atención, servicios médicos, quirúrgicos y de otro tipo según las instrucciones generales y específicas del Dr. _____, su asistente o su designado según, a su juicio, sea necesario.

También reconozco que la práctica de la medicina no es una ciencia exacta y que el Dr. _____ no me ha dado ninguna garantía sobre el resultado del tratamiento o examen.

Firma de Paciente/ Guardian Legal / Representante Personal

Fecha