

Metroplex Pediatrics, PA

900 Jerome Street, Ste 102
Fort Worth, TX 76104

6905 Davis Blvd, Ste 200
North Richland Hills, TX 76182

Consentimiento de Tratar

Consentimiento Médico/Quirúrgico: El abajo firmante acepta y autorizar cualquier examen, tratamiento médico o servicios prestados por el Pediatría Metroplex PA, o cualquiera de sus asociados a los hijos que a continuación en el juicio de estos profesionales son recomendable durante el curso de diagnóstico y tratamiento. Se entiende que la práctica de la medicina no es una ciencia exacta, y no puede darse ninguna garantía de que los resultados alcanzados desde cualquier diagnóstico de tratamiento.

Exposición Accidental del Trabajador Médico: Tengo entendido que la ley de Texas prevé que si cualquier trabajador médico está expuesta a sangre del paciente u otros fluidos del cuerpo, pueden realizarse pruebas en la sangre del paciente o de otro fluido corporal por el Pediatra Metroplex, PA para determinar la presencia del Virus de inmunodeficiencia humana (VIH agente causante del SIDA) también doy mi consentimiento para las pruebas de otras enfermedades transmisibles incluyendo pero no limitado a la Hepatitis y la sífilis, en caso de una exposición accidental a un trabajador medico entiendo que este ensayo no es necesario para proteger a quienes será cuidado para el paciente.

Consentimiento No-Parental a la Atención Médica y Quirúrgica y Tratamiento: El abajo firmante, como el padre o tutor de los hijos a continuación queda dar mi consentimiento y autorización para la persona o personas autorizadas a continuación para acceder a los procedimientos médicos y quirúrgicos o el tratamiento necesario para el bienestar de los hijos.

El abajo firmante certifica que soy el padre o representante legalmente autorizado de los hijos que se enumeran a continuación. He leído y acepto este formulario de autorización, y por este documento represento que tengo la autoridad para dar su consentimiento para todos los cuidados médicos y quirúrgicos y tratamiento de dichos hijos:

Firma: _____

Fecha: _____

Relación al Paciente: _____

Nombre del Paciente: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Persona(s) Autorizadas:

Nombre

Relación al Paciente

Nombre

Relación al Paciente

Nombre

Relación al Paciente