



CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO

Nombre del paciente: _____ DOB: _____

Autorizo y solicito a Franco Felizarta, M.D., que proporcione un tratamiento que durante el curso de mi atención como paciente sea aconsejable. La frecuencia y el tipo de tratamiento se decidirá entre mi proporcionado y yo.

Entiendo que el propósito de estos procedimientos se me explicará después de mi acuerdo verbal.

Entiendo que si y cuando se prescribe la medicación durante el curso de mi tratamiento podría haber riesgos y efectos secundarios. Estos riesgos y efectos secundarios se me explicarán en el momento. Puedo solicitar en cualquier momento que deje de tomar ese medicamento. Acepto discutir cualquier decisión con mi proveedor antes de que se tomen decisiones finales.

Entiendo que los máximos beneficios ocurrirán con el cumplimiento constante y el cumplimiento del tratamiento.

Firma:

Fecha:
