



## Consentimento para o Tratamento Médico

Com minha assinatura estou autorizando aos médicos, e parteiras certificadas de enfermeiras de enfermagem para proporcionar o cuidado prenatal o tratamento médico. Entendo que me proporcionará o tratamento de acordo com os resultados do cuidado disponível por el Colegio Americano de Obstetría & Ginecología. Entendo que este tratamento poder incluir laboratorios, ultrason e outros procedimientos, e diagnósticos para proporcionar o melhor cuidado possível. Toda informacao obtida de minha pessoa os testes proporcionados serao confidenciais a menos que eu assino uma liberacao para esta informacao a outra pessoa a Clínica. Ninguém será capaz de liberar a a informacao de meu arquivo sem meu permiso escrito previo. Autorizo aos médicos e ao hospital para discutir minha informacao médica com as funcionarias da clínica para os propósitos de traducao e ajuda no que seja..

---

Testemunha

---

Pessoa requerendo o tratamento

---

Data

---

Pais ou Responsavel se for menor