



## Consentimiento al Tratamiento Médico

Con mi firma de abajo estoy autorizando a los médicos, parteras certificadas de enfermeras y/o facultativos de enfermería para proporcionarme el cuidado y/o el tratamiento médico. Entiendo que se me proporcionará el tratamiento de acuerdo con los Estándares del Cuidado expuesto por el Colegio Americano de Obstetría & Ginecología. Entiendo que este tratamiento puede incluir laboratorios, ultrasonidos y otros procedimientos, diagnósticos para proporcionarme el mejor cuidado posible. Toda información obtenida de mi y toda prueba proporcionada serán confidenciales a menos que yo firme una liberación para esta información a otra persona ó Clínica. Nadie será capaz de acceder a la información de mi archivo sin mi permiso escrito previo. Autorizo a los médicos y al hospital para discutir mi información médica con las empleadas de la clínica para los propósitos de traducción y ayuda general.

\_\_\_\_\_

Testigo

\_\_\_\_\_

Persona requiriendo tratamiento

\_\_\_\_\_

Fecha

\_\_\_\_\_

Padre o Guardián, si paciente es un menor