

Consentimiento informado para diagnóstico y tratamiento

de pacientes de Piñero Preventive Medical Care, P.A. en asociación con
Hope and Help Center of Central Florida, Inc.

¡Bienvenido! Al firmar este formulario de consentimiento informado se otorga permiso para realizar las evaluaciones conducentes a identificar patologías médicas y los tratamientos y/o procedimientos apropiados asociados a ella. Usted tiene derecho a ser informado sobre cualquier patología médica identificada y las opciones de procedimientos quirúrgicos, clínicos o de diagnóstico a ser utilizados. Usted podrá decidir realizar o no el tratamiento o procedimiento luego de haber sido informado de los beneficios y riesgos asociados.

Este consentimiento nos otorga su permiso para realizar exámenes, pruebas y tratamientos médicos necesarios y razonables. Al firmarlo, estará indicando que comprende que este consentimiento permanecerá vigente incluso luego de que se haya comunicado el diagnóstico y recomendado el tratamiento, junto con sus posibles riesgos y beneficios. El consentimiento será válido hasta que sea revocado por escrito. Usted tiene el derecho a hacer preguntas adicionales en cualquier momento o dejar de recibir o declinar los servicios.

Solicito voluntariamente que un médico, o un representante médico si fuera necesario, realice los exámenes médicos, evaluaciones y tratamientos necesarios y razonables para la patología que me ha llevado a solicitar atención médica o que ha sido identificada. Comprendo que si se recomienda realizar procedimientos adicionales de evaluación o intervenciones médicas deberé leer y firmar otros consentimientos informados antes de que se lleven a cabo.

Certifico que he leído y comprendido en la totalidad lo antes dicho y brindo voluntariamente mi consentimiento a todo lo explicado.

Firma del paciente o representante

Fecha

Nombre del paciente o vínculo del representante