

Plaza Medical Centre

700 N Pearl St, Suite N208
Dallas, TX 75201
Tel: (214) 999-9355



Griego Family Medical Centre

2701 S Hampton Rd, Suite 101
Dallas, TX 75224
Tel: (214) 330-9221

CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO Y DERECHO A RECHAZAR TRATAMIENTO

Consentimiento General para tratamiento:

Al firmar abajo, yo (o mi representante) autorizar a Metroplex Medical Centres y su personal para llevar a cabo cualquier examen diagnóstico o procedimientos y de proveer medicamento, tratamiento o terapia necesaria para efectivamente diagnosticar y tratar mi enfermedad o lastimaduras. Yo entiendo que es la responsabilidad de mis proveedor medico explicar mi examen diagnóstico y/o procedimientos disponible para mi condición médica al igual que los riesgos comunes y también los beneficios asociados con dichas opciones y también explicara alternativas al tratamiento.

Derecho a rechazar tratamiento:

Al dar mi consentimiento general para tratamiento, entiendo que conservo el derecho de rechazar cualquier examen, prueba, procedimiento, tratamiento, terapia o medicamento recomendado por mi proveedor médico que se considere necesario para mi persona. También entiendo que la práctica de la medicina no es una ciencia exacta y que no hay garantía hecha a mí como a los resultados de mi evaluación y / o tratamiento.

Nombre del Paciente: _____

Firma del paciente: _____ **Fecha:** _____