

Consentimiento para el Tratamiento

Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____

Consentimiento para el tratamiento

El firmante consiente la atención médica que abarca el procedimiento de diagnóstico de rutina, el tratamiento médico y la prestación de dichos servicios profesionales por o bajo la supervisión de médicos y profesionales con licencia empleados por o en el personal médico de PulmoCrit Associates según sea necesario o aconsejable para mi diagnóstico y tratamiento.

Sin garantías

Se entiende que la práctica de la medicina, la cirugía y la prestación de atención médica no es una ciencia exacta y no se han hecho garantías al paciente con respecto a los resultados del examen o tratamiento.

Divulgación de información

El abajo firmante acepta que, en la medida necesaria para determinar la responsabilidad del pago y obtener el reembolso, PulmoCrit Associates puede divulgar partes del expediente médico del paciente a personas u organizaciones apropiadas.

Asignación de beneficios del seguro

El abajo firmante autoriza el pago directo a PulmoCrit Associates de los beneficios del seguro pagaderos al paciente por los servicios prestados, y autoriza el uso de esta firma en todas las presentaciones de seguros.

Certificación

El abajo firmante certifica que ha leído lo anterior, recibido una copia, y es el paciente o está debidamente autorizado por el paciente como su representante legal para ejecutar lo anterior y aceptar sus términos.

Firma del paciente / Representante legal

Fecha

Nombre impreso

Relación con el paciente