

CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO MEDICO DE EMERGENCIA- Establecimiento Residencial Para Adultos y Ancianos

COMO EL CLIENTE, REPRESENTANTE AUTORIZADO, O CURADOR LEGAL, POR ESTE MEDIO DOY MI CONSENTIMIENTO A

_____ PARA QUE PROPORCIONE TODO CUIDADO MEDICO O DENTAL DE
NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO
EMERGENCIA RECETADO POR UN MEDICO (M.D.), OSTEOPATA (D.O.), O DENTISTA (D.S.S.), DEBIDAMENTE CERTIFICADO
PARA _____ ESTE CUIDADO SE PUEDE DAR BAJO QUALQUIER CONDICION QUE SEA
NOMBRE DEL CLIENTE
NECESARIA PARA PROTEGER LA VIDA O MANTENER EL BIENESTAR DE LA PERSONA MENCIONADA ANTERIORMENTE.

EL CLIENTE TIENE ALERGIA A LAS SIGUIENTES MEDICINAS:

_____ FIRMA DEL CLIENTE/REPRESENTANTE AUTORIZADO/CURADOR LEGAL
FECHA (MARQUE CON UN CIRCULO EL TITULO APROPIADO)

DOMICILIO

TELEFONO DE CASA TELEFONO DE TRABAJO
() ()

LIC 627C (SP) (4/00) (CONFIDENTIAL)

CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO MEDICO DE EMERGENCIA- Establecimiento Residencial Para Adultos y Ancianos

COMO EL CLIENTE, REPRESENTANTE AUTORIZADO, O CURADOR LEGAL, POR ESTE MEDIO DOY MI CONSENTIMIENTO A

_____ PARA QUE PROPORCIONE TODO CUIDADO MEDICO O DENTAL DE
NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO
EMERGENCIA RECETADO POR UN MEDICO (M.D.), OSTEOPATA (D.O.), O DENTISTA (D.S.S.), DEBIDAMENTE CERTIFICADO
PARA _____ ESTE CUIDADO SE PUEDE DAR BAJO QUALQUIER CONDICION QUE SEA
NOMBRE DEL CLIENTE
NECESARIA PARA PROTEGER LA VIDA O MANTENER EL BIENESTAR DE LA PERSONA MENCIONADA ANTERIORMENTE.

EL CLIENTE TIENE ALERGIA A LAS SIGUIENTES MEDICINAS:

_____ FIRMA DEL CLIENTE/REPRESENTANTE AUTORIZADO/CURADOR LEGAL
FECHA (MARQUE CON UN CIRCULO EL TITULO APROPIADO)

DOMICILIO

TELEFONO DE CASA TELEFONO DE TRABAJO
() ()

LIC 627C (SP) (4/00) (CONFIDENTIAL)