

CARIDAD CENTER

Caridad Health Clinic

Treatment Consent Form

The undersigned hereby grants authorization for the treatment and/or diagnostic testing as ordered by the volunteer physician for _____ and for the treatment

Print Name

and procedures which will be performed by volunteer physicians, volunteer nurses, and employees of Caridad Health Clinic. Authorization is hereby granted for such treatment and procedures and the administration of such anesthetics, medications, blood, or other therapies as are deemed necessary.

I am giving this consent with the knowledge that the physician caring for me is not necessarily a specialist in adult or children's health, but they are State of Florida licensed physicians.

The diseases and disorders that are being treated and diagnosed or the procedures being performed are not necessarily within the scope of the physician's specialty.

I am fully aware of the reasonable risks and discomfort that may occur with any treatment or procedure.

I certify that I have read the above authorization, understand and certify that no guarantee or assurance has been made as to the results that may be obtained.

Patient/Parent/Legal Guardian Signature

Witness Signature:

Consentimiento para Tratamiento Médico

La persona firmante de este consentimiento autoriza el tratamiento o pruebas de diagnóstico ordenados por el doctor voluntario para _____.

Nombre del paciente

El tratamiento y procedimientos serán efectuados por doctores y enfermeros(as) voluntarios y empleados de la Clínica Médica Candad. Autorización es así otorgada para la administración de anestesia, medicamentos, sangre, u otras terapias que sean necesarias.

Estoy dando este consentimiento con el conocimiento de que el doctor que me atiende no es necesariamente un especialista en medicina interna o pediatría pero tienen licencia para practicar medicina en el Estado de la Florida. Los procedimientos y enfermedades que ellos diagnostiquen y traten no son necesariamente parte de su especialidad.

Entiendo perfectamente que en todo tratamiento siempre hay riesgos y malestares razonables.

Yo certifico que he leído y entendido esta forma de consentimiento y doy mi autorización.

También certifico que no me garantizan ningún beneficio con este tratamiento.

Firma del Paciente, Padre o Guardián Legal

Firma del Testigo