

Consentimiento para el tratamiento

Place Printed Label Here

Nombre del paciente (en letra de imprenta legible)

Género: **Mujer** **Hombre**

Por la presente doy mi consentimiento para la prestación de atención, diagnóstico y/o tratamiento por parte de Hope Clinic, un ministerio médico y dental gratuito del condado de Ross, Ohio, y por la presente reconozco que dicho consentimiento permanecerá en vigor a menos que y hasta que cancele dicho consentimiento por escrito.

Por la presente reconozco y confirmo que soy mentalmente capaz de dar mi consentimiento informado para la prestación de la atención, el diagnóstico y/o el tratamiento y no estoy sujeto a coacción o bajo influencia indebida. Como requisito de elegibilidad para la atención médica proporcionada en Hope Clinic, reconozco que no tengo seguro médico y que cumplo con los requisitos de ingresos por los servicios prestados.

Por la presente reconozco que bajo 2305.234 del Código Revisado de Ohio, sujeto a ciertas excepciones, la Clínica Hope y sus profesionales de la salud y trabajadores de la salud que son voluntarios no son responsables por daños relacionados con lesiones, muerte o pérdida de personas o bienes que supuestamente surjan de una acción u omisión de los voluntarios, a menos que la acción u omisión constituya una mala conducta intencional o injustificada. Entiendo y por la presente reconozco que Hope Clinic me proporcionará una copia de 2305.234 del Código Revisado de Ohio si así lo solicito.

Se me ha brindado la oportunidad de leer los derechos y responsabilidades de los pacientes de Hope Clinic. He tenido la oportunidad de hacer preguntas o solicitar explicaciones o aclaraciones personalmente a un miembro del personal voluntario de Hope Clinic y entiendo completamente mis derechos y responsabilidades como paciente.

Si el paciente es menor de edad, complete la siguiente información (imprima de forma legible):

Nombre de la madre: _____

Dirección : _____

Teléfono: _____

Nombre del Padre: _____

Dirección : _____

Teléfono: _____

X _____

Firma del paciente o de la persona autorizada para dar su consentimiento*

Fecha: _____

Relación al paciente si no es el/la paciente

*Si este consentimiento está firmado por alguien que no sea el paciente, debe firmarse en presencia del paciente.