

# CONSENTIMIENTO GENERAL

Consiento en la evaluación y tratamiento de la afección por la cual yo, mi hijo o mi dependiente, hemos acudido a Sanger Pediatrics y autorizo a los médicos y otros proveedores de atención médica afiliados a Sanger Pediatrics a proporcionar dicha evaluación y tratamiento. Entiendo que los proveedores de atención médica en la capacitación pueden estar involucrados en mi cuidado y tratamiento y consentir en su participación. Entiendo que la práctica de la medicina no es una ciencia exacta y reconozco que no se me han garantizado las probabilidades de éxito o los resultados de cualquier examen, tratamiento, diagnóstico o prueba realizada en o por Sanger Pediatrics. Reconozco y acepto que este consentimiento será aplicable a todas las visitas o episodios de evaluación y tratamiento en Sanger Pediatrics. He tenido la oportunidad de discutirlo, y todas las preguntas que he tenido han sido contestadas a mi completa satisfacción.

Fecha

Firma del paciente, padre o tutor legal

Fecha

Firma del testigo