

# Park Lakes Family Medicine, P.A.

Aesthetics, Wound Care & Hyperbaric Medicine



## CONSENTIMIENTO AL TRATAMIENTO

Consentimiento al tratamiento: Yo / nosotros autorizo y consiento voluntariamente a la prestación de atención médica, incluyendo los exámenes, procedimientos de diagnóstico y tratamiento médicos, que **Park Lakes Family Medicine, PA / Dr. Efrain Soto, su personal y designados,** según su criterio profesional, pueda considerar necesario o beneficioso.

Yo / nosotros reconocemos que no se han dado garantías en cuanto a los efectos de dicho examen o tratamiento de mi condición. Yo / nosotros entendemos que yo / nosotros tenemos el derecho de tomar decisiones sobre mi cuidado de salud, incluyendo el derecho a rechazar procedimientos médicos y quirúrgicos.

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del Guardián Legal (Paciente menor de edad)

\_\_\_\_\_  
Fecha

Park Lakes Family Medicine \* 1305 W. Parkwood Ave. Friendswood, TX 77546 \* (281) 996-0068 \* Fx (281) 996-0186 \* Online Form

Este formulario y todos sus contenidos y el diseño son exclusivamente propiedad de Parque Lagos Family Medicine, PA Los contenidos escritos en este formulario es confidencial y no se puede ser visto y / o copiado o utilizado por cualquier persona (s) que no sean los miembros del personal de Parque de los Lagos de Medicina Familiar apropiados.