

MCSO-ADM002-01 / 12/2006

CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO MÉDICO

(Requerido para los estudiantes cuando participan en atletismo, actividades estudiantiles y
Cualquier excursión que se realice fuera del Condado de Monroe)

COLEGIO

FECHA

El paciente y otras personas cuyas firmas se adjuntan a continuación por este medio consienten a todos y cada uno de los tratamientos médicos y quirúrgicos, incluida la anestesia y operaciones, que pueden ser consideradas convenientes por el médico y cirujanos.

La intención de este documento es otorgar autoridad para administrar y realizar todas las y singularmente cualquier examen, tratamiento, anestesia, operaciones y procedimientos de diagnóstico, que pueden ser ahora , o durante el curso del tratamiento del paciente.

También estamos de acuerdo en que el paciente cuando es admitido debe permanecer en el hospital hasta que un médico recomiende el alta del paciente.

En testimonio de nuestro consentimiento y acuerdo con los asuntos planteados en los tres Oraciones anteriores, hemos suscrito a continuación nuestras firmas.

Menor – paciente _____

Padre _____

Madre _____

Guardián (es) _____

Fecha _____

Estado de la florida)

) SS

CONDADO DE _____)

Jurado y suscrito ante mí esto. _____, día de _____, en
el año del señor _____.

.

Notario público
Estado de la Florida en general

Mi comisión expira _____

**** Si hay alguna práctica médica específica que sea prohibido en lo que respecta a las convicciones religiosas, por favor enumere abajo: