



Rev. 4/10/2010

**THE GREATER HUDSON VALLEY
Family Health Center, Inc.**

147 Lake Street, Newburgh, 12550

(845) 563-8000 Fax: (845) 565-1364



CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO MÉDICO Y DENTAL

Paciente Nombre: _____ Fecha de nacimiento ____/____/____

Yo, _____, con conocimiento busco servicios para una condición que requiere asistencia médica, consiento voluntariamente a tal cuidado incluyendo procedimientos de diagnóstico y terapéuticos rutinarios y el tratamiento médico que se proporcionarán por los médicos, los dentistas, las ayudantes del médico, las enfermeras practicantes, las enfermeras, las ayudantes médicas y dentales, y el personal en este centro. Reconozco que no se ha hecho ningunas garantías en cuanto a los resultados de tratamientos o de exámenes. Este consentimiento fue explicado completamente y certifico que entiendo su contenido.

Firma de Paciente o Guardián Fecha

Firma de GHVFHC Testigo Fecha