



Authorization for Treatment

I hereby voluntarily agree to diagnostic procedures, medical and/or surgical treatment, which may be administered to or performed on me under the general and special instructions of the attending provider's care and service or the provider's designee(s).

I further understand that the practice of medicine and surgery is not an exact science and that diagnosis and treatment may involve risks. No guarantees have been made to me as to the results of my treatment at HealthCareClinics. I further understand that HealthCareClinics encourages me to ask questions and voice concerns about medical care and/or services and that asking questions and voicing concerns will not compromise my care. (I understand any invasive procedure(s) will be explained and I will be asked to sign an authorization for that treatment).

By signing below I certify that I have read this agreement and/or that it has been explained to me. I certify I understand its contents and that I am the patient or a person duly authorized to execute this agreement and accept its terms.

NOTE: A copy of this agreement may be used with the same effectiveness as an original.

Patient/Parent (if minor) Signature _____ **Date** ____/____/____

Relationship (if not patient's signature) _____ **Date** ____/____/____

Autorización para Recibir Tratamiento Médico

Yo, de manera voluntaria, por intermedio del presente documento estoy de acuerdo en someterme a los procedimientos diagnosticos, tratamientos médicos y/o quirúrgicos que mi médico o persona designada consideren necesarios y bajo atención e instrucciones de mi médico o de la persona designada.

Además, comprendo que la práctica de la medicina y de la cirugía no es una ciencia exacta y que el diagnostico y tratamiento pueda llevar riesgos. No se me ha otorgado ninguna garantía acerca de los resultados que puedo obtener con el tratamiento recibido en HealthCareClinics. También entiendo que HealthCareClinics me alienta a que haga preguntas y manifieste cualquier preocupación que yo tenga con respecto al cuidado médico o servicios con los cuales me provean. Expresar mi opinión, hacer preguntas o manifestar motivos de preocupación no ponen en peligro mi tratamiento médico. Tengo entendido que cualquier procedimiento(s) que requiera invadir mi cuerpo me será explicado y se requerirá que firme una autorización previa a dicho tratamiento.

Con esta firma doy fe y legalidad que he leído este acuerdo y/o de que me ha sido explicado en su totalidad. Doy fe y legalidad que entiendo el contenido y que yo soy el/la paciente o en su defecto , la persona debidamente autorizada a ejercer y aceptar los terminus de este acuerdo.

NOTA: Copia de este acuerdo puede ser utilizada con la misma validez que con el original.

Firma del Paciente/Padre (si es menor de edad) _____ **Fecha** ____/____/____

Relación al Paciente (si es que esta no es la firma del propio paciente) _____ **Fecha** ____/____/____