



Consentimiento informado para pacientes

Lea el formulario completo y firme solo donde corresponda.

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

_____ me ha explicado lo siguiente de un modo comprensible para mí:
Nombre del médico

1. el tratamiento o procedimiento general por realizar: _____

_____ ;

2. que puede haber otros procedimientos o métodos de tratamiento; y

3. que el procedimiento o tratamiento propuestos suponen riesgos.

Mi médico también me ha preguntado si quiero obtener detalles adicionales, pero estoy satisfecho con la explicación y no quiero recibir más información. Doy mi consentimiento y permiso para este tratamiento o procedimiento.

_____ X _____
Fecha Nombre del paciente

FIRME EN ESTA CASILLA ÚNICAMENTE SI HA SOLICITADO Y RECIBIDO INFORMACIÓN MÁS DETALLADA.

Solicite y recibí, de manera muy detallada, explicaciones adicionales sobre el procedimiento o tratamiento, otros procedimientos o métodos de tratamiento alternativos e información sobre los riesgos materiales del procedimiento o tratamiento. Doy mi consentimiento y permiso para este procedimiento o tratamiento.

_____ X _____
Fecha Firma del paciente

Explicado por mí y firmado en mi presencia: X _____
Firma del médico

CLÍNICA DE DWYER
10024 SE 32nd Avenue
Milwaukie, OR 97222
Fax: 503-654-5666

CLÍNICA DE HAPPY VALLEY
16144 SE Happy Valley
Town Center Drive
Building H, Suite 101
Happy Valley, OR 97086
Fax: 503-698-4018

CLÍNICA DE MILWAUKIE
3033 SE Monroe Street
Milwaukie, OR 97222
Fax: 503-659-4730

CLÍNICA DE OREGON CITY
1511 Division Street
Suite 102
Oregon City, OR 97045
Fax: 503-353-1234

CLÍNICA DE SELLWOOD
6327 SE Milwaukie Avenue
Portland, OR 97202
Fax: 503-353-1297