Formulario de consentimiento del paciente

Fecha: _____
Nombre: _____ Fecha de Nacimiento:_____
Dirección: _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Pais: _____
Código Postal: _____
Teléfono _____ E-mail: _____

Yo, (paciente) _____, deseo recibir la terapia de reemplazo hormonal con (Doctor) _____ con el propósito de _____

Por la presente confirmo mi consentimiento para el tratamiento.

Confirmo que he recibido, de una manera comprensible, la información sobre mi estado de salud, posible pronóstico, los riesgos y los métodos de tratamiento más eficaces para mí. Me dieron la oportunidad de hacer preguntas sobre tratamientos posteriores y recibí respuestas, que son claras para mí.

Entiendo totalmente la finalidad y naturaleza del tratamiento y el efecto terapéutico de los mismos. Doy mi consentimiento para el tratamiento propuesto.

Me comprometo a cumplir con las prescripciones y todas las recomendaciones del médico, lo que se reflejará en los registros médicos correspondientes, y confirmo el hecho de mi familiarización con dichas prescripciones y recomendaciones con mi firma en los registros de salud especificados anteriormente.

He leído y entendido este formulario de consentimiento y doy mi consentimiento a todo lo anterior por mi firma a continuación.

_____/_____ ____/____/____
Firma del paciente / Otra Persona Responsable Fecha

_____ ____/____/____
Testigo Fecha

©AMERICAN LONGEVITY INSTITUTE, LLC 2013 UNAUTHORIZED DUPLICATION IS ILLEGAL FORM 105