



Uribe, Hechtman, Zvijac, San Giovanni, Yagnik
1150 Campo Sano Ave., Suite 200
Coral Gables, FL 33146

CONSENTIMIENTO PARA RECIBIR TRATAMIENTO

Yo, _____ en mi capacidad de padre/madre o tutor(a) legal de _____, por el presente doy mi consentimiento para que se lleven a cabo todos los tratamientos y procedimientos, tanto clínicos como quirúrgicos, que sean necesarios, incluidos, a título enunciativo, pero no limitativo, operaciones, tratamientos médicos, exámenes radiológicos, administración de anestesia, procedimientos de laboratorio, administración de medicamentos y prestación de servicios como paciente ambulatorio o ingresado, por parte o bajo las instrucciones generales o específicas del (de los) médico(s) o cirujano(s) que me atiende(n) a mí o a mi hijo(a) durante cualquier hospitalización o consulta en calidad de paciente ambulatorio, a consecuencia de la participación de mi hijo(a) en un programa de atletismo patrocinado por las Escuelas Públicas del Condado de Miami-Dade. Además, convengo en acatar las normas de la instalación médica diseñadas para mejorar la atención y seguridad de los pacientes, así como en que se eliminen, de la forma pertinente, cualesquiera muestras o materiales biológicos que se hayan extirpado durante mi tratamiento o el tratamiento de mi hijo(a).

Iniciales