

Providence Medical Partners

Consentimiento Para el Tratamiento

Con mi firma en este documento, doy autorización para que mi doctor y cualquier otro individuo que él o ella indique como apropiado me haga exámenes, pruebas, o cualquier otro tratamiento que piense que sea necesario para obtener un diagnóstico o tratamiento de mi condición médica. Este consentimiento es válido para todas las visitas al doctor o las oficinas de Providence Medical Partners, a menos que yo revoque este consentimiento oralmente o por escrito.

Por favor informece, que la ley de Texas permite que le hagan la prueba de VIH (el virus de la inmunodeficiencia humana) al paciente. VIH es el virus que está asociado con SIDA (AIDS). La prueba se podrá hacer bajo las siguientes condiciones: 1) para examinar sangre, productos de sangre, o órganos que podrían ser donados; 2) si otro individuo fué expuesto accidentalmente a la sangre de un paciente o fue expuesto a otras secreciones humanas, por ejemplo por una aguja (la prueba será conducida bajo los protocolos de Providence Medical Partners); o 3) si un tratamiento médico o quirúrgico es aplicado al paciente donde el médico o otras personas médicas podrían estar expuestas a la sangre o secreciones humanas del paciente.

Esta revelación es para informarle que la prueba de VIH se le puede hacer a usted, al costo de Providence Medical Partners, si cualquiera de las condiciones ocurre durante su periodo de tratamiento.

Nombre del Paciente

Fecha de Nacimiento

Firma del Paciente o Representante Legal

Fecha

Relación al Paciente

Testigo

Fecha