



Consentimiento Informado

Yo, por mi propia parte, o por parte de la persona nombrada abajo, doy consentimiento para recibir atención médica de Community of Hope. Yo entiendo que esta atención puede incluir servicios de salud mental, tratamiento dental o médico, pruebas especiales, evaluaciones, o procedimientos que pueden ser hechos, pedidos, o dirigidos por el proveedor de servicios.

Yo entiendo:

- El tipo y propósito de los servicios de COH, posibles métodos alternativos de tratamiento, y los posibles riesgos involucrados
- Que no he recibido ninguna garantía sobre el posible resultado de una examen o tratamiento
- Que puedo anular mi consentimiento en cualquier momento

He recibido, y he leído (o me han leído), y entiendo la información en este documento. Me han contestado todas mis preguntas completamente.

Nombre de paciente (en molde):

_____ Fecha: _____

Firma de paciente:

Nombre de representante de paciente (en molde):

_____ Fecha: _____

Relación con el/la paciente: _____

Firma de representante del paciente: _____