

### Consentimiento general a los servicios de la clinica

Yo (o mi representante autorizado, o mi tutor) \_\_\_\_\_, doy mi consentimiento para el tratamiento medico a realizar por los proveedores de la Clinica de los Empleados GISD y los medicos. Esta atencion puede incluir, pero no se limitan a, la administracion de medicamentos de rutina, y la atencion medica de rutina. Yo entiendo que mi (el paciente) atencion esta dirigida por el proveedor y que otro personal hacen que la atencion y los servicios a mi (el paciente) este de acuerdo con las instrucciones de los proveedores.

**Estoy conciente de que la practica de la medicina no es una ciencia exacta y reconozco que no garantiza ni se ha hecho promesas a mi con respecto a los resultados del tratamiento en la Clinica de Empleados de GISD.**

Autorizo a los empleados de GISD que contacten a mis proveedores de atencion medica de quienes he recibido tratamiento para obtener informacion y/o registros medicos incluyendo farmacias y otros registros de tratamiento de drogas para la verificacion de mis medicamentos.

Entiendo que tengo el derecho a rechazar cualquier tratamiento medico recomendado en cualquier momento.

- Reconozco que he leído (o se me ha leído) y entiendo completamente la informacion anterior. Tambien, certifico que todas mis preguntas y preocupaciones se han explicado a mi satisfaccion.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente/guardian/o poder notarial

\_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento del paciente

\_\_\_\_\_  
Firma de testigo

\_\_\_\_\_  
Fecha