



CONSENT FOR TREATMENT

I (print full name) _____, hereby authorize the Alamo City Medical Group, P.A.'s medical providers and other clinical personnel to administer necessary medications and to carry out examinations and diagnostic procedures that may be deemed necessary and/or advisable for my health care during my enrollment with this clinic.

I voluntarily request and give permission for these services.

I have read and understand what I am signing and I also understand that there are no guaranteed results.

I authorize and direct _____, M.D. to perform the following procedure/treatment (s) upon me: _____

Signature of Patient or Responsible party

Date

Relationship to patient

Patient name

Witness

Date

CONSENTIMIENTO PARA DIAGNOSIS Y TRATAMIENTO

Yo (imprima el nombre repleto) _____,
Por la presente autorice Alamo City Medical Group, P.A.'s proveedores médicos y otro personal clínico administrar las medicinas necesarias y para llevarse a cabo exámenes y procedimientos diagnósticos que se pueden creer necesario y/o conveniente para mi cuidado de la salud durante mi matriculación con este dispensario.

Yo pedido voluntario y da el permiso para estos servicios.

He leído y he entendido lo que firmo y entiendo también que eso no hay los resultados garantizados.

Autorizo y dirijo _____, M. D. realizar el procedimiento siguiente/el tratamiento (s) sobre mí: _____

Firma de Paciente o partido Responsable

Fecha

Relación al paciente

Nombre de paciente

Testigo

Fecha