CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO MÉDICO

(Requisito para los estudiantes que participan en el atletismo, las actividades del estudiante, y cualquier viaje de estudio que está fuera del Condado de Monroe)

_____ _____

Escuela Fecha

La firma del paciente y otros, cuyas firmas adjuntas más abajo, mediante la presente permite a cualquiera y a todos los tratamientos médicos y quirúrgicos incluso la anestesia y operaciones el cuál pueden juzgarse aconsejable por el médico y cirujanos. La intención de esto es de conceder la autoridad para administrar y realizar todo y peculiarmente de algunos examenes, tratamientos, anestesia, operaciones y procedimientos diagnósticos, que pueden ahora, o durante el curso del cuidado del paciente creer ser aconsejable o necesario. Nosotros también estamos de acuerdo a que cuando el paciente una vez admitido, permanecerá en el hospital hasta que un médico recomiende que se le dé de alta.

En testimonio a nuestro consentimiento y acuerdo a las cuestiones declaradas en las tres frases precedentes, nosotros hemos subscrito nuestras firmas más abajo.

_____ _____

Paciente- Menor Padre

_____ Madre

_____ Guardián(es)

_____ Fecha

EL ESTADO DE LA FLORIDA)
) SS
EL CONDADO DE _____)

Jurado y firmado ante mí este día de _____ de _____, en el año del Señor _____.

_____
Notario Público
Estado de Florida sin Limitaciones

Mi Comisión expira en _____

* * * Si hay algunas prácticas médicas específicas que se prohiben con respecto a convicciones religiosas por favor hacer una lista más abajo: