



CONSENTIMIENTO GENERAL PARA TRATAMIENTO

Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____

Yo, _____, soy el padre, la madre o el tutor legal autorizado para dar consentimiento por parte del paciente mencionado anteriormente. Entiendo que, al firmar este documento, doy consentimiento general para que el paciente mencionado anteriormente reciba servicios de atención sanitaria por parte de *Valley Children's Primary Care Group*. Entiendo que puedo revocar este consentimiento general en cualquier momento. El consentimiento seguirá en vigor y vigencia hasta que sea revocado.

Además, reconozco que *Valley Children's Primary Care Group* puede solicitarme que repase y firme otros documentos de consentimiento informado antes de que el paciente mencionado anteriormente reciba determinados tratamientos o de que se someta a ciertos procedimientos. Antes de firmar otro documento de consentimiento, *Valley Children's Primary Care Group* me proporcionará toda la información relevante para decidir si dar consentimiento o no para el procedimiento o tratamiento recomendado para el paciente mencionado anteriormente. Entre dicha información se encuentra la siguiente: 1) la naturaleza del tratamiento recomendado; 2) los riesgos, las complicaciones y las ventajas previstas del tratamiento recomendado, así como las probabilidades de su eficacia; y 3) cualquier alternativa al tratamiento recomendado y los riesgos y las ventajas de los tratamientos alternativos.

He leído lo anterior y por la presente doy consentimiento general para que el paciente mencionado anteriormente reciba servicios de atención sanitaria por parte de *Valley Children's Primary Care Group*.

Firma del padre, la madre o el tutor

Fecha

Nombre en letra de molde

Fecha