



Centro de Servicios Primarios de Salud de Patillas, Inc.
Apartado 697
Patillas, PR 00723
Teléfono (787) 839-4320
Fax: (787) 271-0004



**CONSENTIMIENTO PARA DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO MÉDICO
AMBULATORIO, CLÍNICA EXTENDIDA Y/O SALA DE EMERGENCIAS**

Yo, _____
Paciente

Yo, _____
Representante de paciente

Relación: _____

Autorizo al personal certificado por el Estado Libre Asociado de Puerto Rico, en cualquier rama de la medicina y otros servicios clínicos, q presten sus servicios en el Centro de Servicios Primarios de Salud de Patillas, Inc., y sus Clínicas Satélites de Santa Isabel y Maunabo, a ofrecer y ordenar tratamiento médico necesario, siguiendo las mejores prácticas de la medicina moderna, con el fin de preservar la salud y reducir daño o incapacidad que pueda surgir a consecuencia de una enfermedad.

CERTIFICO que he leído, entiendo perfectamente y firmo este consentimiento de diagnóstico y tratamiento médico.

Firma del paciente o representante

Fecha