



**WESTCHESTER INSTITUTE
FOR HUMAN DEVELOPMENT**
Cedarwood Hall
Valhalla, NY 10595-1689

NOMBRE _____

FECHA DE NACIMIENTO _____

WMC # _____ WIHD# _____

(Para uso exclusivo de WIHD)

**CONSENTIMIENTO PARA RECIBIR
ATENCIÓN Y TRATAMIENTO**

- Por el presente autorizo a _____ a participar en la atención y el tratamiento ambulatorios en Westchester Institute for Human Development, y a los médicos, dentistas, y profesionales de la salud de la institución, al personal de enfermería, al personal paramédico, asistidos por los empleados del Instituto, a brindar la atención médica u odontológica, y a realizar los análisis y procedimientos de diagnóstico de rutina, tales como radiografías de diagnóstico, entre otros; a administrar o inyectar productos farmacéuticos y medicamentos, incluso sedantes, vacunas contra la gripe y la hepatitis y antibióticos, entre otros, cuando estuvieran indicados; y a extraer sangre en la medida en que, a criterio del personal o del médico de dicho Instituto lo consideren necesario.

Reconozco que no se me han dado garantías ni seguridades sobre los resultados o las conclusiones de los tratamientos o los exámenes que se me realicen en Westchester Institute for Human Development.

- Confirmando que leí y comprendo plenamente este documento y que se me brindó la oportunidad de realizar preguntas y que todas mis preguntas se respondieron de manera satisfactoria. He eliminado y firmado con mis iniciales los procedimientos para los cuales no otorgo mi autorización.

Paciente/Familiar o tutor*

Firma del paciente o del representante personal

Nombre del paciente o representante personal

Fecha

Carácter en que actúa el representante personal

Intérprete (si fuera necesario)

Firma

Nombre

***El paciente debe firmar, a menos que sea un menor no emancipado de menos de 18 años o no tenga capacidad para comprender lo que está firmando.**

ESTE DOCUMENTO DEBE FORMAR PARTE DEL REGISTRO MÉDICO DEL PACIENTE.