CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO

Al firmar este consentimiento, autorizo a mi(s) médico(s) y/u ordeno a otra persona que realice todos los exámenes, pruebas, procedimientos, inyecciones, flebotomías y cualquier otro cuidado que se considere necesario o aconsejable para el diagnóstico y tratamiento de mi condición médica. Este consentimiento es válido para cada visita que hago al Dr. _____, con Evershine Med, PLLC a menos que sea revocado por mí, por escrito.

Fecha de Nacimiento #_____

Fecha: _____ Paciente/Representante Legal _____