



CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO MEDICO

Con este documento, estoy autorizando al Centro Prenatal de Georgia, a los doctores, parteras y/o enfermeras certificadas para proporcionarme el cuidado y/o tratamiento medico que yo requiera en el centro. Entiendo que estos doctores me proporcionaran el tratamiento que este de acuerdo con los estándares del cuidado expuestos por el Colegio Americano de Obstetricia y Ginecología. Entiendo que mi tratamiento podría incluir los exámenes de laboratorio, ultrasonidos, procedimientos y diagnósticos para proporcionarme el mejor cuidado prenatal posible.

Toda la información obtenida de mí, así como toda prueba realizada en el Centro Prenatal de Georgia serán confidenciales, a menos que yo firme una autorización para dar este tipo de información a otra persona o clínica. Nadie tendrá el derecho de acceder a la información de mi archivo medico sin que yo lo haya autorizado por escrito.

Acepto que no exista ninguna garantía de protección de mi historial medico ante la petición ordenada por un tribunal, en el caso de un procedimiento legal que involucre la atención medica. Entiendo que el contenido de mi historia clínica deba de estar disponible al abogado que represente la práctica.

Autorizo a los médicos y al hospital para discutir mi información medica con los empleados del Centro Prenatal de Georgia para propósitos de traducción y ayuda en general.

Firma de la persona requiriendo tratamiento

Fecha