



Beth-Ann Lesnikoski, MD, FACS
Melanie K. Bone, MD, FACOG

AUTORIZACION Y CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO

Yo, quien firmo, doy consentimiento para el siguiente tratamiento:

- Administración y rendimiento de todos los tratamientos
- Administración de cualquier anestésicos
- Rendimiento de cualquier procedimiento que sea aconsejable necesario en el tratamiento de este paciente.
- Uso de los medicamentos prescritos
- Rendimiento de exámenes/procedimientos y cultivos
- Rendimiento de cualquier otro examen de laboratorio medicamento aceptable que sea crea medicamento necesario o aconsejable basado en el juzgamiento del medico quien le atiende o sus designados.

Entiendo completamente que esta forma me es dada por adelantado en caso de algun diagnostico o tratamiento especifico.

Tengo la intención de que esta forma de consentimiento sea continua en su naturaleza, incluso despues de que un diagnostico especifico se haya determinado y tratamiento haya sido recomendado. Esta foma de consentimiento se mantendra en completo efecto hasta que sea revocada por escrito.

Entiendo que **Women's Health and Healing of the Palm Beaches** puede incluir este consentimiento en cualquiera de sus oficinas satelitales que esten bajo la misma compañía.

Yo, quien firmo, estoy de acuerdo que **Women's Health and Healing of the Palm Beaches** usara y divulgara mi información con el proposito de tratamientos, pagos y operaciones del cuidado de la salud como esta escrito en el Aviso de Practicas de Privacidad.

Una copia de esta forma sera considerada tan valida como el original.

Afirmo que he recibido de parte de **Women's Health and Healing of the Palm Beaches** una copia del Aviso de Practicas de Privacidad. Entiendo que si tengo alguna pregunta o queja, debo contactar al Oficial de Privacidad. (Iniciales del Paciente)

_____.

Certifico que he leído y entiendo completamente las declaraciones mencionadas es esta forma y doy consentimiento completo y voluntario a su contenido.

Patient (or responsible Party) Signature

Date

Office Staff Signature

Date