



Facility:

[Empty box for Facility name]

Chart No.

Name

Unit

*(Patient Imprint Card)*

**CONSENTIMIENTO GENERAL PARA  
TRATAMIENTO  
(GENERAL CONSENT FOR  
TREATMENT)**

**FORM A**

**Para pacientes que procuran servicios de hospitalización, ambulatorios o de la sala de emergencias. /  
For patients seeking in-patient, out-patient and/or emergency room services.**

1. Solicito atención y tratamiento médico en esta institución y acuerdo aceptar servicios que puedan diagnosticar una afección médica, procedimientos para tratarla y atención médica y dental de rutina, incluyendo vacunación. Entiendo que estos servicios me serán prestados por médicos, dentistas, enfermeros con práctica médica, parteras, ayudantes de médicos y otros proveedores de atención médica, algunos de los cuales pueden estar en formación. No se me ha dado ninguna garantía en cuanto a los resultados de los servicios que recibiré.
2. Entiendo que mi aceptación de estos servicios permanecerá vigente a menos que diga que ya no quiero estos servicios o hasta que haya completado mi tratamiento.
3. Entiendo que mi aceptación de estos servicios se denomina "consentimiento general" y que incluye los tratamientos o procedimientos de rutina, como extracciones de sangre, exámenes físicos, administración de medicamentos, radiografías, uso de anestesia local y otros procedimientos no invasivos.

\_\_\_\_\_  
**Firma del paciente o del padre, madre o tutor legal del paciente menor de edad**  
 (Signature of Patient or Parent/Legal Guardian of Minor Patient)

\_\_\_\_\_  
**Fecha**      **y**      **a.m.**  
 (Date)      (and)      Hora      p.m.  
 (Time)

If the patient cannot consent for him/herself, the signature of either the health care agent or legal guardian who is acting on behalf of the patient, or the patient's surrogate who is consenting to the treatment for the patient, must be obtained.

\_\_\_\_\_  
**Firma del agente de salud o tutor legal**  
 (Signature of Health Care Agent/Legal Guardian)  
 (Place a copy of the authorizing document in the medical record)

\_\_\_\_\_  
**Fecha**      **y**      **a.m.**  
 (Date)      (and)      Hora      p.m.  
 (Time)

\_\_\_\_\_  
**Firma y vínculo con el representante**  
 (Signature and Relation of Surrogate)

\_\_\_\_\_  
**Fecha**      **y**      **a.m.**  
 (Date)      (and)      Hora      p.m.  
 (Time)

**TESTIGO (WITNESS):**

I, \_\_\_\_\_ am a staff member who is not the patient's physician or authorized health care provider and I have witnessed the patient or other appropriate person voluntarily sign this form.

\_\_\_\_\_  
**Firma y cargo del testigo (Signature and Title of Witness)**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**      **y**      **a.m.**  
 (Date)      (and)      Hora      p.m.  
 (Time)

**INTÉRPRETE/TRADUCTOR (INTERPRETER/TRANSLATOR):** (To be signed by the interpreter/translator if the patient required such assistance.)

To the best of my knowledge the patient understood what was interpreted/translated and voluntarily signed this form.

\_\_\_\_\_  
**Firma del intérprete/traductor (Signature of Interpreter/Translator)**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**      **y**      **a.m.**  
 (Date)      (and)      Hora      p.m.  
 (Time)