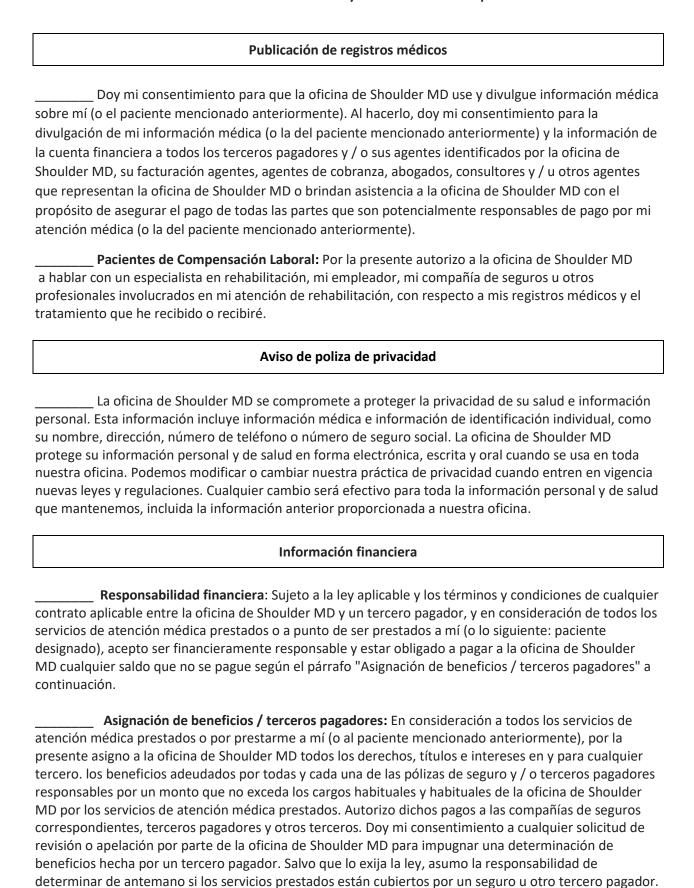
Formulario de consentimiento y reconocimiento del paciente

En mi nombre o en mi hijo menor u otro paciente mencionado a continuación, reconozco y doy mi consentimiento a las declaraciones realizadas en este formulario.

Consentimiento para tratamiento	
Yo, solicito que se me brinden servicios de atención médica (o a mi hijo menor de edad o al paciente que se menciona a continuación) en las oficinas de Shoulder MD, y otros médicos asociados, clínicos y otro personal. Doy mi consentimiento voluntario para todos los tratamientos médicos y servicios relacionados con la atención médica que se consideren necesarios para mí (o para el paciente que se menciona a continuación). Estos servicios pueden incluir servicios de diagnóstico, terapéuticos, de diagnóstico por imágenes y de laboratorio. Soy consciente de que la práctica de la medicina y la cirugía no es una ciencia exacta; no se me han dado garantías sobre los resultados de los tratamientos o exámenes.	
	Fecha de nacimiento:Fecha de nacimiento:
•	nombre de un menor, este consentimiento es válido n el que el menor debe dar su consentimiento para los
tecnología de telesalud remota. Dichos servicios encuentra en un sitio remoto de mi ubicación en menudo implica la transmisión de video, audio, in remoto determinará si la condición que se está dentiendo que no hay garantía de diagnóstico, tra	D pueden proporcionar ciertos servicios mediante de telesalud involucran a un proveedor de salud que se el momento del servicio y, como tal, telesalud a mágenes y otros tipos de datos. El proveedor de salud liagnosticando o tratando es apropiada para telesalud, y tamiento o prescripción. Además, entiendo que es edor de salud en persona para ciertos asuntos de
que se proporcionan a la oficina de Shoulder MD comunicaciones. Dichos mensajes de texto y / o	n el teléfono celular y / u otro (s) número (s) de teléfono o, mensajes de texto y / o llamadas telefónicas u otras llamadas telefónicas pueden estar relacionados con on mi cuenta y / o la atención brindada. Entiendo que es necesario para recibir servicios y que pueden
	nica nunca debe usarse para comunicaciones de iciones de emergencia deben hacerse con el consultorio 911 existentes en mi comunidad.

Formulario de consentimiento y reconocimiento del paciente



Formulario de consentimiento y reconocimiento del paciente

Certifico que he leído y comprendido este acuerdo y que todos los espacios en blanco fueron llenados antes de mi firma con la oportunidad de recibir respuestas a mis preguntas a mi satisfacción.		
Firma / Fecha / Hora del Paciente o Representante Legal	Relación con el paciente	
Nombre en letra de imprenta del paciente o representante legal	Firma del testigo / Fecha / Hora	