



P.O. Box 845  
Warsaw, KY 41095  
(859) 567-1591 Clinic  
(859) 567-1271 Admin

## CONSENTIMIENTO PARA RECIBIR TRATAMIENTO MEDICO

PATIENT CONSENT FOR TREATMENT

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_  
Apellido Nombre Inicial del medio nombre

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ SSN: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Voluntariamente autorizo a recibir tratamiento medico, incluyendo test medicos, cirujias y tratamiento proveido por agentes y empleados autorizados de la clinica Triad Health Systems, Inc., y por su personal medico , o personal designado; los cuales en su opinion profesional determinen la necesidad o beneficio de testarme por HIV (el antivirus que causa el SIDA) y por otro tipo de enfermedades sanguineas. Reconozco que no se me ha hecho ninguna garantia sobre el efecto del tratamiento medico en mi condicion. Entiendo que tengo el derecho a tomar decisiones que afecten a mi salud o a la salud de la persona a la cual estoy legalmente representando, estas decisiones pueden incluir tambien la determinacion de rechazar tratamiento medico o cirujias.

- He formulado un testamento (living will, declaracion de cuidados medicos, poder notarial) y requiero que este testamento y directivas gobiernen el cuidado medico que recibire, de acuerdo con la ley Estatal/o Federal del Estado de Kentucky. Entiendo que es mi responsabilidad el proveer con una copia de mi testamento y/o directivas a Triad Health System, Inc. puesto que este testamento o directivas no gobernarán las decisiones sobre mi tratamiento medico hasta que no esten archivadas en mi expediente.
- Directivas Avanzadas, testamento, incluidas (Advanced Directive).
- Directivas Avanzadas, testamento, no incluidas (Advanced Directive).
- He formulado unas Directivas Avanzadas, pero entiendo que es mi derecho el tomar decisiones que afecten al curso de mi tratamiento, incluida la ejecucion de la Directiva Avanzada.

Certifico que he leído y entiendo la autorizacion a recibir tratamiento medico que me ha sido entregada, y que yo como paciente o representante legal del paciente, ejecutare y aceptare los sus terminos. Entiendo que este consentimiento puede ser revocado a menos que alguna otra accion haya sido ya tomada.

_____	_____	_____
Firma del paciente o representante legal	Relacion con el paciente	Dia
_____	_____	_____
Firma de un testigo	Dia	