



Newport Harbor Cardiology
601 Dover Drive, Suite 2, Newport Beach, CA 92663

Consentimiento Para Tratar Paciente

Yo, _____ (fecha de nacimiento) __/__/__, doy mi autorización y consentimiento para cualquier EKG , exámenes de electrocardiograma , el diagnóstico y el tratamiento y la atención hospitalaria de emergencia médica o quirúrgica que sea considerado recomendable y que hay que asegurar , bajo la supervisión general o especial de cualquier médico de Newport Harbor Cardiology, Inc., licencia bajo las disposiciones de la Ley de Medicina Práctica y en el personal de cualquier hospital general de agudos que posea una licencia vigente para operar un hospital del Estado de Departamento de Salud Pública de California . Se entiende que esta autorización está dada por adelantado de cualquier diagnóstico, tratamiento o atención hospitalaria específica que se requiere, pero se da para proveer autoridad y poder para rendir el cuidado que los médicos mencionados en el ejercicio de su mejor juicio que estime convenientes. Se entiende que se hará lo posible para ponerse en contacto con el firmante antes de dar tratamiento al paciente, pero cualquiera de los tratamientos anteriores no será retenido si el firmante no se puede llegar.

Esta autorización se da conforme a las disposiciones del artículo 25.8 del Código Civil de California.

Yo (nosotros) reconozco que es mi (nuestra) responsabilidad de inmediato notificar a Newport Harbor Cardiology, Inc. de cualquier cambio a la información anterior

Firma

____/____/____
Fecha

Relacion