



**4990 Golden Gate Pkwy
Naples, FL 34116**

**Phone: (239) 692-8309
Fax: (239) 692-8504**

Consent for Medical Treatment

I acknowledge that a health care provider (herein defined as any of the following: MD, PA, or NP) empowered by Clínica Hispana has explained to me that I am or may be suffering from a condition that requires the following medical care and or treatment:

Reconozco que un proveedor de atención de la salud (en adelante definidas cualquiera de los siguientes: MD, PA, o NP) facultado por Clínica Hispana me ha explicado que estoy padeciendo una condición que requiere la siguiente atención médica o tratamiento:

I acknowledge that the purpose of the care reasonable alternatives forms of therapy, risks of the recommended and alternative care, and the risks of foregoing this care have been fully explained to me. I further acknowledge that I have had full opportunity to discuss this information with my health care provider and hereby consent to the treatment outlined above.

Reconozco que el propósito de los cuidados razonables de alternativas de tratamiento, riesgos de la recomendación y cuidados alternativos, y los riesgos de renunciar a este tipo de atención se me han explicado. Además reconozco que he tenido plena oportunidad de discutir esta información con el profesional del cuidado de la salud y doy mi consentimiento por este medio al tratamiento descrito anteriormente.

Signature/Firma

Patient or Authorized Representative
Paciente o Persona Autorizada

Date / Fecha