



Notificación de los servicios de atención médica prestados sin compensación y limitación de responsabilidad

Nombre del paciente (en letra de molde) _____

Nombre del médico/médico ayudante/acupuntor (en letra de molde) _____

Seleccione una opción:

Soy el paciente

-O-

Soy una persona con autoridad legal para tomar decisiones relacionadas con la salud del paciente.

Nombre del representante autorizado (en letra de molde) _____

Mi médico/médico ayudante (PA)/acupuntor me está brindando servicios de atención médica sin costo alguno. Sin embargo, es posible que sea necesario pagar a mi médico/PA/acupuntor por los honorarios de laboratorio, servicios de pruebas u otros gastos extra. Si mi médico/PA/acupuntor está prestando sus servicios en una clínica de salud, es posible que también sea necesario que pague la tarifa de la clínica por los servicios de mi médico/PA/acupuntor. Sin embargo, a mi médico/PA/acupuntor no se le pagará por proporcionar estos servicios.

Al firmar este formulario de notificación, entiendo y acepto que mi médico/PA/acupuntor no es responsable de ninguna lesión, muerte u otra pérdida que surja de estos servicios de atención médica; a menos que la lesión, muerte u otra pérdida sea causada por una negligencia grave de mi médico/PA/acupuntor.

Recibí y firmo esta notificación antes de recibir cualquier servicio de atención médica. Además, he dado mi consentimiento informado para recibir estos servicios de atención médica de mi médico/PA/acupuntor.

Firma del paciente

Fecha

-O-

Firma de un representante autorizado

Fecha