



NOTIFICACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS PRESTADOS SIN COMPENSACIÓN Y LIMITACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Nombre del paciente (letra de imprenta) _____

Nombre del médico/asistente médico (letra de imprenta) _____

Marque una opción:

Soy el paciente

-O-

Soy una persona que tiene la autoridad legal para tomar decisiones de atención médica para el paciente

Nombre del representante autorizado (letra de imprenta)

Mi médico/asistente médico (PA) me está proporcionando los servicios de atención médica de forma gratuita. Sin embargo, se me puede exigir que pague a mi médico/PA por cuotas de laboratorio, servicios de pruebas u otros gastos de desembolso directo. En caso de que mi médico/PA esté proporcionando los servicios en una clínica de salud, también se me puede requerir que pague la cuota de la clínica por los servicios de mi médico/PA. Sin embargo, a mi médico/PA no se le pagará por la prestación de estos servicios.

Al firmar este formulario de notificación, entiendo y estoy de acuerdo que mi médico/PA no se hace 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 negligencia grave de mi médico/PA.

He recibido esta notificación y la firmo antes de recibir cualquier servicio de atención médica. Además, he dado mi consentimiento informado para recibir estos servicios de atención médica por parte de mi médico/PA.

Firma del paciente

Fecha

-O-

Firma del representante autorizado del paciente

Fecha