

PRIVIA MEDICAL GROUP OF NORTH TEXAS

Consentimiento para el tratamiento

Al firmar este consentimiento, autorizando a mi médico (s) y / o una orden a otra persona para realizar todos los exámenes, pruebas, procedimientos, inyecciones, flebotomía, y que se considere necesario o conveniente cualquier otro tipo de atención para el diagnóstico y el tratamiento de mi condición médica. Este consentimiento es válido por cada visita que hago a

Dr. _____, Con Privia Medical Group of North Texas a menos que sea revocada por mí por escrito.

Fecha de nacimiento # _____

Fecha

Paciente / legal Representante

THCOBP12 SP
REVISADO
11/2017