



Unicare Community Health Center, Inc. AUTORIZACION PARA EL TRATAMIENTO DE SALUD

La atención médica es un servicio de atención al paciente en respuesta a una amplia gama de necesidades de atención médica de los pacientes de todas las edades, independientemente de sexo, color de piel, raza, credo origen nacional o discapacidad, cinco días a la semana.

El propósito de la atención médica es:

- Para tratar enfermedades, lesiones y discapacidades mediante el examen, la prueba y el uso de los procedimientos, en la ayuda de diagnóstico o tratamiento.
- Para obtener la información necesaria para diagnosticar y examinar a los pacientes.
- Para evitar o minimizar la discapacidad física y mental.
- Para ayudar a los pacientes lograr su máximo potencial dentro de sus capacidades.
- A fin de acelerar la convalecencia y reduje la duración de la recuperación funcional.

Todos los procedimientos serán explicados minuciosamente antes de que se le pida realizarlas. En caso de que experimente un aumento en su nivel actual de dolor o malestar, usted debe detener cualquier procedimiento.

Se espera que cooperen plenamente con el examen y detener cualquier examen o procedimiento antes de experimentar ningún incremento en su nivel actual de malestar o dolor.

Existen ciertos riesgos inherentes a la atención médica. Usted será capaz de detener cualquier procedimiento si siente alguna molestia. El medico tomara todas las precauciones para asegurarse de que está protegido de cualquier situación potencialmente peligrosa. Nunca se verá obligado a realizar cualquier procedimiento al cual usted no desea llevar a cabo.

Con base en la información anterior, estoy de acuerdo a cooperar completamente y participar en todos los procedimientos de atención médica y para cumplir con el plan de atención, ya que se establece.

Reconozco que he leído y recibido copias de la autorización para el tratamiento y los derechos del paciente.

AVISO AL PACIENTE:

Por su propia seguridad, no utilice ningún equipo médico sin un miembro del personal presente.

NOMBRE DEL PACIENTE

(Nombre del padre, madre o tutor legal si el paciente es menor de 18 años)

FECHA

FIRMA DEL PACIENTE

(Firma del padre, madre o tutor legal si el paciente es menor de 18 años)

FECHA

FIRMA DEL TESTIGO

FECHA

- 437 N. Euclid Ave. **Ontario, CA 91762** –Tel (909) 988-2555 –Fax (909) 988-4447
- 1501 E. Holt Ave. Ste. A, **Pomona, CA 91767** –Tel (909) 623-3600 –Fax (909) 623-3383
- 507 S. Mt. Vernon Ave. Ste. G, **San Bernardino, CA 92410** –Tel (909) 884-6700 –Fax (909) 884-6705
- 16127 Foothill Blvd. **Fontana, CA 92335** –Tel (909) 347-0700 –Fax (909) 355-3447
- 308 N. La Cadena Dr. **Colton, CA 92324** –Tel (909) 321-4700 –Fax (909) 824-2887
- 2409 N. Broadway, **Los Angeles, CA 90031** –Tel (323) 225-8038 –Fax (323) 225-2106