



**CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO**

Yo, \_\_\_\_\_, por la presente autorizo a Sleep Medicine Specialists of South Florida P.A., el médico o el médico designado por él o ella y otros empleados para examinarme y tratarme. También autorizo a dicho tratamiento y los procedimientos que se consideren necesarios por parte del médico, incluyendo pero no limitado a la toma de radiografías, medicamentos, muestras de sangre, muestras de orina y otras terapias.

Estoy consciente de que la práctica de la medicina no es una ciencia exacta y reconozco que ninguna garantía o seguridad se han hecho o indicado a mi persona con respecto a los resultados que se pueden obtener mediante el examen y tratamiento.

**CERTIFICO QUE ENTIENDO LA AUTORIZACIÓN ANTERIOR.**

\_\_\_\_\_  
Paciente (Firma y letra de imprenta)

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Guardián/Persona responsable (Firma y letra de imprenta)

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Testigo (Firma y letra de imprenta)

\_\_\_\_\_  
Fecha