

Diabetes Associates Medical Group
1234 West Chapman Ave, Suites 205 and 106, Orange CA 92868

Consienta para el Tratamiento

Doy voluntariamente mi permiso a los proveedores de la asistencia médica del Grupo de Médico de Socios de Diabetes y tales ayudantes y de otros proveedores de asistencia médica como pueden creer necesario para proporcionar servicios médicos a mí. Comprendo firmando esta forma, yo los autorizo a tratarme mientras busco el cuidado de proveedores de Grupo de Médico de Socios de Diabetes, o hasta que retire mi consentimiento por escrito.

La firma de Paciente o Guardián (si paciente es menos de 18 años) _____

Fecha _____

El Nombre impreso de Paciente o Guardián _____

La relación al Paciente _____

Un duplicado o la copia fija de esta forma son considerados el mismo como el documento original.