

## Consentimiento para recibir atención médica *Consent to Treat*

Autorizo a los empleados y agentes de Texas Health Physicians Group (incluyendo médicos, asistentes médicos, enfermeros y otros empleados y miembros del personal) a llevar a cabo evaluaciones médicas y a proporcionar atención médica al paciente indicado a continuación. Entiendo que se podrían tomar fotografías o videos en relación al tratamiento del paciente. La duración de este consentimiento es indefinida y continuará hasta ser revocada por escrito. Entiendo que al no firmar este consentimiento, el paciente no recibirá atención médica excepto en caso de emergencia. / *I hereby authorize employees and agents of Texas Health Physicians Group (including physicians, physician assistants, and nurse practitioners, and other employees and staff members) to render medical evaluations and care to the patient indicated below. I understand that in connection with the patient's treatment, photos or videos may be taken. The duration of this consent is indefinite and continues until revoked in writing. I understand that by not signing this consent, the patient will not be provided medical care except in the case of emergency.*

Fecha de hoy / *Today's Date:* \_\_\_\_\_

Nombre del paciente en letra de imprenta / *Print Patient's Name:*

\_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento del paciente / *Patient Date of Birth:*

\_\_\_\_\_

Tutor legal (si corresponde) / *Legal Guardian (if different than patient)*

\_\_\_\_\_

Firma del paciente o del tutor legal / *Patient or Legal Guardian Signature*

\_\_\_\_\_