



General Consent to Outpatient Treatment

Consentimiento General Para Tratamiento Ambulatorio

- 1) The patient requests and authorizes Midway Medical Clinic to administer care as my physician or designee/ assistants/collectively called “The Physician” may deem necessary or advisable. This care may include but is not limited to routine laboratory procedures, administration of routine drugs, and immunizations. I authorize my physician to perform other additional or extended services in emergency situations if it may be necessary or advisable in order to preserve my life or health. I understand that this is directed by my physician and that other personnel render care and services to me according to the physician’s instructions.
- 2) I understand and consent to Hepatitis and HIV testing in the event that a healthcare professional or employee is exposed to my blood or other body fluids.
- 3) I am aware that the practice of medicine and surgery is not an exact science and I acknowledge that no guarantee or promises have been made to me with respect to the treatment of such diagnostic procedures or treatments..

Personal Valuables

- 1) I understand I am responsible for any and all personal valuables that I bring with me to the clinic. I hereby release the clinic from any liability for the loss or damage of any and all personal possessions which I choose to keep with me during my care and treatments.
- 2) I have read this form or have had it read to me, asked questions, and have had these questions answered.

- 1) El paciente solicita y autoriza a Midway Medical Clinic a administrar la atención que mi médico o su designado/ asistentes/colectivamente llamados “El Médico” considere necesario o aconsejable. Esta atención puede incluir, entre otros, procedimientos de laboratorio de rutina, administración de medicamentos de rutina e inmunizaciones. Autorizo a mi médico a realizar otros servicios adicionales o extendidos en situaciones de emergencia si es necesario o aconsejable para preservar mi vida o mi salud. Entiendo que esto es dirigido por mi médico y que otro personal me brinda atención y servicios de acuerdo con las instrucciones del médico.
- 2) Entiendo y doy mi consentimiento para las pruebas de hepatitis y VIH en caso de que un profesional de la salud o un empleado estén expuestos a mi sangre u otros fluidos corporales.
- 3) Soy consciente de que la práctica de la medicina y la cirugía no es una ciencia exacta y reconozco que no se me han hecho garantías ni promesas con respecto al tratamiento de tales procedimientos de diagnóstico o tratamientos.

Objetos de Valor Personales

- 1) Entiendo que soy responsable de todos y cada uno de los objetos personales de valor que lleve conmigo a la clínica. Por la presente, libero a la clínica de cualquier responsabilidad por la pérdida o daño de cualquiera y todas las posesiones personales que elijo mantener conmigo durante mi atención y tratamientos.
- 2) He leído este formulario o me lo han leído, hice preguntas y me respondieron estas preguntas.

PLEASE COMPLETE— <i>Por Favor Complete</i>	
Patient Name <i>Nombre de el Paciente</i>	Date <i>Fecha</i>
Patient’s Representative (Minor) Name <i>Representante de el Paciente</i>	Date <i>Fecha</i>
Signature of Person Signing Consent <i>Firma</i>	Date <i>Fecha</i>
UPDATED PATIENT INFORMATION — <i>Informacion de el Paciente</i>	
Patient Name - <i>Nombre</i>	Birthdate - <i>Fecha de Nacimiento</i>
Address - <i>Direccion</i>	
Phone # - <i>De Telefono #</i>	
Pharmacy - <i>Farmacia</i>	
EMERGENCY CONTACT - <i>Contacto de Emergencia</i>	
Name - <i>Nombre</i>	Relationship to Patient - <i>Relacion a el Paciente</i>
Phone # - <i>De Telefona #</i>	