

## CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO

### Para adultos:

Yo, \_\_\_\_\_, doy mi consentimiento para lo siguiente:  
(Nombre del paciente)

- ☐ Terapia ambulatoria
- ☐ Manejo de medicación
- ☐ Pruebas de drogas
- ☐ Atención médica considerada necesaria por el personal médico de CEH
- ☐ Intervención médica de emergencia en mi nombre

X \_\_\_\_\_  
Nombre del paciente (en letra de molde)

X \_\_\_\_\_  
Fecha

X \_\_\_\_\_  
Firma del paciente

X \_\_\_\_\_  
Fecha

---

### Para menores:

Yo, \_\_\_\_\_, Padre/Tutor de \_\_\_\_\_,  
(Nombre del Padre/Tutor) (Nombre del paciente)

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_), doy mi consentimiento para lo siguiente:

- ☐ Terapia ambulatoria
- ☐ Manejo de medicación
- ☐ Pruebas de drogas - NO realizamos pruebas de drogas a menores a menos que sea específicamente requerido, y únicamente con el consentimiento previo del padre o tutor legal.
- ☐ Atención médica considerada necesaria por el personal médico de CEH
- ☐ Intervención médica de emergencia en mi nombre

X \_\_\_\_\_  
Nombre del paciente (en letra de molde)

X \_\_\_\_\_  
Fecha

X \_\_\_\_\_  
Firma del padre/tutor legal

X \_\_\_\_\_  
Fecha