



KENOSHA COMMUNITY HEALTH CENTER

Consent For Treatment

Patient's Name: _____

Birthdate: _____

I give consent and authorize health care services involving evaluation, counseling and recommended treatment by the providers at Kenosha Community Health Center, Inc. I understand that these procedures may include routine diagnostic (testing), radiology (X-rays), laboratory procedures, medication administration, and anesthetic administration.

I have read the consent form, or it has been read to me, and I understand its contents. My questions have been answered to my satisfaction.

Name of Patient (Print)

Date

Signature of Patient

Date

Signature of Patient 's Representative

Date

Relationship of Patient 's Representative to Patient

Name of Representative (Print)

This section is to be completed for children under the age of 18 by only a parent or legal guardian.

I affirm that I am the parent or legal guardian for the above-named minor child. If I am unable to accompany my child, I give permission for the individual(s) named below to accompany my child to his/her treatment appointment(s):

For Patients over 18: I give the individual(s) named below permission to call KCHC regarding scheduling & financial aspects.

Mothers Name: _____

Fathers Name: _____

Name: _____

Relationship: _____

Name: _____

Relationship: _____

Signature of Parent, Patient or Legal Guardian

Date



Consentimiento para recibir tratamiento

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Doy mi consentimiento y autorizo los servicios de cuidado de la salud que incluyen la evaluación, la consejería y otro tratamiento recomendado por los proveedores médicos del Centro de Salud Comunitario de Kenosha, Inc. Comprendo que estos procedimientos pueden incluir diagnósticos rutinarios (pruebas), radiología (Rayos X), pruebas de laboratorio, administración de medicamentos y administración anestésica.

He leído la forma de consentimiento, o se me ha leído y he comprendido su contenido. Las preguntas que he tenido se me han respondido a satisfacción.

Nombre del paciente (letra impresa)

Fecha

Firma del paciente

Fecha

Firma del representante legal del paciente

Fecha

Relación del representante con el paciente

Nombre del representante (letra impresa)

Esta sección debe ser completada por el padre, madre o tutor legal de W, 11 años de 18 años.

Yo certifico ser el padre, madre o tutor legal del menor mencionado anteriormente. Si no me es posible acompañar a mi hijo(a), doy mi permiso para que el(los) individuo(s) nombrado(s) a continuación acompañe(n) a mi hijo(a) en su(s) cita(s) médica(s):

Para pacientes mayores de 18 años: Doy permiso a la persona(s) nombrada aquí para llamar a KCHC con respecto a citas y los aspectos financieros

Nombre de Madre: _____

Nombre de Padre: _____

Nombre: _____

Relación: _____

Nombre: _____

Relación: _____

Firma del Padre, Madre, Paciente o Tutor Legal

El presente consentimiento deberá ser considerado efectivo hasta que sea rescindido o revocado.