



Advanced
Gastroenterology of Texas

2540 N Galloway Ave
Suite 205
Mesquite TX 75150

Phone: 214-962-4863
Fax: 214-306-0041
www.advancedgastrodoc.com

CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO MÉDICO

Yo, _____, autorizo Advanced Gastroenterology of Texas, PLLC incluyendo médicos, asistentes médicos, enfermeras y otros empleados y miembros del personal para prestar evaluaciones médicas y la atención al paciente a continuación. Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento notificando a la práctica por escrito.

Entiendo que el consentimiento es válido por un (1) año a partir de la fecha de la firma a menos que se especifique lo contrario por escrito.

Nombre del paciente

Fecha

Firma del paciente o de tutor legal

Relación al paciente

Recetas electrónicas Consentimiento

Entiendo que Advanced Gastroenterology of Texas, PLLC utiliza transacciones electrónicas para prescribir medicamentos. Autorizo a la práctica de solicitar y/ o uso a mi historial de recetas de otros proveedores de cuidado de la salud /farmacias para el tratamiento si es necesario.

Farmacia _____ **Teléfono** _____

Dirección _____

Nombre del paciente

Fecha

Firma del paciente o de tutor legal

Relación al paciente