CONSENTIMIENTO PARA EXAMEN MEDICO

YO, _____, POR ESTE MEDIO DOY MI CONSENTIMIENTO PARA UN
(CLIENTE/RESIDENTE, PADRE/MADRE, REPRESENTANTE AUTORIZADO)

EXAMEN FISICO DE _____ POR UN MEDICO DESIGNADO POR EL
(CLIENTE/RESIDENTE)

DEPARTAMENTO DE SERVICIOS SOCIALES DE CALIFORNIA. TAMBIEN CONSIENTO A QUALQUIER EXAMEN DE LABORATORIO ASOCIADO CON EL EXAMEN MEDICO CON EL PROPOSITO DE INVESTIGAR LA POSIBILIDAD DE ABUSO O DESCUIDO DE _____.
(CLIENTE/RESIDENTE)

_____
(FIRMA DE LA PERSONA QUE DA EL CONSENTIMIENTO)

_____
(RELACION/PARENTESCO AL CLIENTE/RESIDENTE -- SI NO ES EL CLIENTE/RESIDENTE)

_____
(DIRECCION)

_____
(CIUDAD/ESTADO/CODIGO POSTAL)

STATE OF CALIFORNIA - HEALTH AND HUMAN SERVICES AGENCY

CALIFORNIA DEPARTMENT OF SOCIAL SERVICES
COMMUNITY CARE LICENSING

CONSENTIMIENTO PARA EXAMEN MEDICO

YO, _____, POR ESTE MEDIO DOY MI CONSENTIMIENTO PARA UN
(CLIENTE/RESIDENTE, PADRE/MADRE, REPRESENTANTE AUTORIZADO)

EXAMEN FISICO DE _____ POR UN MEDICO DESIGNADO POR EL
(CLIENTE/RESIDENTE)

DEPARTAMENTO DE SERVICIOS SOCIALES DE CALIFORNIA. TAMBIEN CONSIENTO A QUALQUIER EXAMEN DE LABORATORIO ASOCIADO CON EL EXAMEN MEDICO CON EL PROPOSITO DE INVESTIGAR LA POSIBILIDAD DE ABUSO O DESCUIDO DE _____.
(CLIENTE/RESIDENTE)

_____
(FIRMA DE LA PERSONA QUE DA EL CONSENTIMIENTO)

_____
(RELACION/PARENTESCO AL CLIENTE/RESIDENTE -- SI NO ES EL CLIENTE/RESIDENTE)

_____
(DIRECCION)

_____
(CIUDAD/ESTADO/CODIGO POSTAL)

LIC 627A (SP) (10/99)