



CONSENT FOR MEDICAL / SURGICAL PROCEDURE:

DATE (Fecha): _____

Patients Name: _____

Patient DOB: _____

MCMG #: _____

I, _____, hereby authorize Dr. _____, in the Modern Concept Medical Group clinic to perform the following procedure on me; _____, and to do any other procedure that their judgment may indicate during the above.

Dr. _____ has discussed the details of this procedure and all questions have been answered and explained, as well as the risks and benefits involved.

Yo, _____, autoriso al Dr. _____, de la clinica de Modern Concepts Medical Group que desempeñe el siguiente tratamiento; _____ y cualquier otro tratamiento que sea necesario según la decisión del médico durante tratamiento.

El Dr. _____ me ha explicado los detalles de este tratamiento y se han sido explicados los riesgos y los beneficios.

PATIENTS SIGNATURE / FIRMA DEL PACIENTE

DATE / FECHA

WITNESS SIGNATURE / FIRMA DEL TESTIGO

DATE / FECHA