



1380 NE Miami Gardens Dr., #210, North Miami Beach, FL 33179  
Office: (305) 692-9009 [www.worldmedicalcare.com](http://www.worldmedicalcare.com)  
Fax: (305) 501-4220 [info@worldmedicalcare.com](mailto:info@worldmedicalcare.com)

## **CONSENTIMIENTO DE TRATAMIENTO GENERAL**

Mediante el presente autorizo a WMC Health Group LLC, y a médico encargado de proveer la asistencia médica, a llevar a cabo los procedimientos correspondientes y a otorgar los tratamientos necesarios. A su vez, autorizo dichos procedimientos y tratamientos que hayan sido considerados necesarios por el médico, incluido, pero no limitado, a la toma de Rayos X, suministro de medicación, muestras de sangre, muestras de orina, y procedimientos alternos que sean considerados necesarios.

Nombre: \_\_\_\_\_

Apellido: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_  
*Mes      Día      Año*

Firma: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_  
*Mes      Día      Año*

-----

Nombre (Tutor Legal / Encargado): \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_  
*Mes      Día      Año*