



DT884

Children's Healthcare of Atlanta
en Hughes Spalding
Ronald McDonald Care Mobile®
Consentimiento para tratamiento

Ronald McDonald Care Mobile tiene la misión de llevar atención para el asma a los lugares donde los niños viven, aprenden y juegan.

| |
|----------------------|
| Patient Name: _____ |
| Date of Birth: _____ |
| MRN: _____ |
| Account/HAR#: _____ |

Patient Identification

Certifico que he leído y entendido este consentimiento y que he firmado a continuación. Me han entregado una copia del Aviso de privacidad y de los Derechos y las responsabilidades de los pacientes de Hughes Spalding.

Nombre (nombre completo en letra de molde)

Firma

Relación con el paciente

Fecha / Hora

Teléfono del testigo (si es necesario)
(escriba el nombre completo)

Firma

Fecha / Hora