



B-12 y formulario de consentimiento de Lipo

Autorización

Información para el paciente y el consentimiento *** por favor imprima claramente ***

Apellido: *		Nombre: *		Medio inicial: *	
Teléfono:					
Fecha *		Sexo: *	<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Hembra		

Cuestionario de B-12 inyectable

¿Tienes una alergia de cobalto?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Estás embarazada?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Tienes un trastorno sanguíneo?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No

Por la presente certifico que la información anterior es verdadera y completa a lo mejor de mi conocimiento y e tenido la oportunidad de hacer preguntas que fueron contestadas a mi satisfacción y deseo recibir este procedimiento comprender plenamente los riesgos y los beneficios. Riesgos y posibles efectos secundarios pueden incluir dolor, fiebre, dolor de uno o dos días. Como con la mayoría de medicamentos o vacunas, no hay posibilidad de reacción alérgica o reacciones más graves, incluso la muerte, podría ocurrir. Por la presente doy mi consentimiento a la administración de la vacuna.

Además, me desligo y descarga para siempre para mi, mis herederos, ejecutores, administradores y cesionarios, PicMed Wellness y sus empleados, propietarios y representantes, así como la empresa patrocinadora de este evento y sus agentes, representantes, empleados, sucesores, cesionarios, órganos rectores y los comités asesores de todos los reclamos, demandas, acciones y causas de acción, que puede resultar de la participación en este programa.

Su información personal y resultados se celebrarán estrictamente confidenciales. Entiendo que picmed Wellness no le facturará seguro; Sin embargo, las formas/recibos están disponibles para el reembolso.

Puedo revocar esta autorización en cualquier momento proporcionando mi revocación escrita al bienestar PicMed o pasear en firmar un revocado. **a menos que revoque, el consentimiento nunca expirará.**

Firma:		Fecha:	
--------	--	--------	--

SÓLO PARA USO de la clínica

Inmunización Dado	Mfg.	Lot#	Exp. Fecha	Inyección Sitio	Administrado Por	Dosis #1	
Dosis de B-12				R / L Deltoide IM R / L muslo Anterolateral			
Por la presente autorización PicMed para cargar mi cuenta de tarjeta de crédito.				Firma:			