



# Medical Genetics of Nevada LLC

Susanna Sorrentino, MD, FACMG, FAAP  
2538 Anthem Village Drive, Suite 110  
Henderson, NV 89052  
Phone: 702-732-6800  
Fax: 702-932-9611

## Consentimiento de Rutina o de Emergencia Para el Tratamiento

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Alergias: \_\_\_\_\_

En caso de accidente, enfermedad o emergencia, lo autorizo:

\_\_\_\_\_  
(personas que no sean padres biológicos/ tutores legales por ejemplos abuelos, hermanos, amigos, niñera etc.)

Dar su consentimiento o asegurar la ayuda médica o el tratamiento de Medical Genetics of Nevada o el más cercano hospital y consultorio medico.

Acepto ser directamente responsable de todos los costos y gastos relacionados con el examen, diagnóstico y tratamiento médico para mi, mi hijo, mi dependiente.

Firma de paciente, padre/guardián: \_\_\_\_\_

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

Fecha de hoy: \_\_\_\_\_

Este formulario es válido un año desde la fecha de firma.