



**Human Services**

**CONSENTIMIENTO PARA RECIBIR TRATAMIENTO/SERVICIOS**  
CONSENT FOR TREATMENT / SERVICES

Fecha: \_\_\_\_\_

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

MR #: \_\_\_\_\_

Yo, \_\_\_\_\_, (cliente,/padres/persona legalmente responsable) doy mi consentimiento a Wake County Human Services para que me haga una evaluación médica y recibir el tratamiento y cualquier otro servicio que sea necesario. Me reservo el derecho de invalidar este consentimiento en cualquier momento. Además, me reservo el derecho de refutar, en cualquier momento, cualquier servicio que se me halla ofrecido.

En caso de una emergencia médica, autorizo a Wake County Human Services comunicarse con:

Nombre y relación al cliente	# de Teléfono	Dirección
Nombre y relación al cliente	# de Teléfono	Dirección
Nombre y relación al cliente	# de Teléfono	Dirección

Si las personas arriba mencionadas no pueden ser localizadas, Wake County Human Services se reserva el derecho de llevar al cliente al departamento de emergencias del hospital más cercano. Si es necesario el cliente será transportado por ambulancia. No haré responsable a Wake County por los gastos involucrados en el proceso.

Firma: \_\_\_\_\_  Cliente  Padres  Otra Persona legalmente responsable

Testigo: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_