



Cooper Internal Medicine
1154 W. Monte Cristo Rd.
Edinburg, TX 78539

Cooper Internal Medicine
801 E. Nolana Ave Ste 12
McAllen, TX 78504-6112

Cooper Wellness Center
3604 N. McColl Rd. Ste. 1
McAllen, TX 78504

Informed Consent for Medical Examination and Treatment

By reading and signing this document, I, the undersigned patient (_____) consent to and authorize the performance of any treatments, examinations, medications, anesthesia, medical services, and surgical or diagnostic procedures (including but not limited to the use of lab and radiographic studies) as ordered or approved by my attending physician(s), or any healthcare professional assigned to my care by my attending physician(s), and I acknowledge and consent to the following:

1. During the course of my care and treatment, I understand that various types of examinations, tests, diagnostics and or treatment procedures may be necessary. These procedures may be performed by physician(s), nurses, technicians, nurse practitioners, or other healthcare professionals. While routinely performed without incident, there may be material risks associated with these procedures. If I have any questions concerning these procedures, I will ask my physician(s) to provide me with additional information. I also understand my physician may ask me to sign additional Informed Consent documents relating to specific procedures.
2. NO GUARANTEE OF RESULTS: Cooper Internal Medicine physicians and healthcare professionals, cannot guarantee any specific result(s) of any examination, treatment, procedure or medical care.
3. I understand that I can change my mind regarding the procedure or treatment. If I do, I must tell the person or the team doing the procedure or treatment *before* they start.
4. I understand that the healthcare professionals involved in my care will rely on my documented medical history, as well as other information provided by me, my immediate family, or others having information about me, in determining whether to perform or recommend procedures. I agree to provide accurate and thorough information regarding my medical history and any conditions or events which may impact medical decision-making.
5. I understand that the clinic, as required by law, must report certain diseases to local and state agencies.
6. I understand that students and others may observe the procedure or treatment for educational purposes. Observers must be approved by this facility.

By signing this document, I certify that I have read and understand its contents and that information provided by me is accurate and complete (including insurance information and current eligibility for benefits). A copy of this document may be utilized the same as the original. I further acknowledge receipt of the Notice of Privacy Practices of Cooper Internal Medicine at this visit or at a previous visit.

Patient Information

Printed Name _____ Date of Birth: _____

Signature: _____ Date: ____/____/____

Parent/Guardian must sign below for patients under the age of 19:

I certify that I have read and understand this document. I authorize Cooper Internal Medicine to provide medical treatment, mental health and/or substance use treatment to my child:

Name of Minor Child: _____ Minor Child's Date of Birth: Date: ____/____/____

Parent/Guardian Name Printed: _____ Relationship: Parent Guardian

Parent/Guardian Signature: _____ Date: ____/____/____



Cooper Internal Medicine
1154 W. Monte Cristo Rd.
Edinburg, TX 78539

Cooper Internal Medicine
801 E. Nolana Ave Ste 12
McAllen, TX 78504-6112

Cooper Wellness Center
3604 N. McColl Rd. Ste. 1
McAllen, TX 78504

Información para dar consentimiento para examen médico y tratamiento

Al leer y firmar este documento, yo, el paciente (_____) consiento y autorizo la realización de cualquier tratamiento, exámen, medicamento, anestesia, servicios médicos y procedimientos quirúrgicos o de diagnóstico (incluidos, entre otros, el uso de laboratorio y estudios radiográficos) según lo ordenado o aprobado por mi (s) médico (s) a cargo, o cualquier profesional de atención médica asignado a mi cuidado por mi (s) médico (s) a cargo, y reconozco y doy mi consentimiento para lo siguiente:

1. Durante el curso de mi atención y tratamiento, entiendo que pueden ser necesarios varios tipos de exámenes, pruebas, diagnósticos y / o procedimientos de tratamiento. Estos procedimientos pueden ser realizados por médicos, enfermeras, técnicos, enfermeras practicantes u otros profesionales de la salud. Si bien se realiza de manera rutinaria sin incidentes, puede haber riesgos materiales asociados con estos procedimientos. Si tengo alguna pregunta sobre estos procedimientos, le pediré a mi (s) médico (s) que me brinden información adicional. También entiendo que mi médico puede pedirme que firme documentos de consentimiento informado adicionales relacionados con procedimientos específicos.
2. SIN GARANTÍA DE RESULTADOS: los médicos y los profesionales de la salud de Cooper Internal Medicine no pueden garantizar ningún resultado específico de ningún examen, tratamiento, procedimiento o atención médica.
3. Entiendo que puedo cambiar de opinión con respecto al procedimiento o tratamiento. Si lo hago, debo decirle a la persona o al equipo que realiza el procedimiento o tratamiento antes de comenzar.
4. Entiendo que los profesionales de la salud involucrados en mi atención dependerán de mi historial médico documentado, así como de otra información provista por mí, mi familia inmediata u otras personas que tengan información sobre mí, para determinar si realizar o recomendar procedimientos. Estoy de acuerdo en proporcionar información precisa y exhaustiva sobre mi historial médico y cualquier condición o evento que pueda afectar la toma de decisiones médicas.
5. Entiendo que la clínica, según lo exige la ley, debe informar ciertas enfermedades a las agencias locales y estatales.
6. Entiendo que los estudiantes y otras personas pueden observar el procedimiento o tratamiento con fines educativos. Los observadores deben ser aprobados por esta instalación.

Al firmar este documento, certifico que he leído y entiendo su contenido y que la información proporcionada por mí es precisa y completa (incluida la información del seguro y la elegibilidad actual para los beneficios). Se puede utilizar una copia de este documento igual que el original. Además doy fe que he recibido del Aviso de prácticas de privacidad de Cooper Internal Medicine en esta visita o en una visita anterior.

Información del paciente:

Nombre impreso: _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____

Firma: _____ Fecha: ____/____/____

El padre / tutor debe firmar a continuación para pacientes menores de 19 años:

Certifico que he leído y entiendo este documento. Autorizo a Cooper Internal Medicine a proporcionar tratamiento médico, salud mental y / o tratamiento por abuso de sustancias a mi hijo:

Nombre del menor: _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____

Nombre impreso de el padre / tutor: _____ Relación: Padre Tutor

Firma del padre / tutor: _____ Fecha: ____/____/____