

ALLERGY, ASTHMA, AND IMMUNOLOGY ASSOCIATES, P.C.

Fred Kiechel, M.D. Melvin Hoffman, M.D.

Michael J. Sullivan, III, M.D. Kirk A. Kinberg, M.D.

Roger H. Kobayashi, M.D. James Tracy, D.O. Brett V. Kettelhut, M.D.



CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO DE ALLERGIAS

Yo, _____, siendo paciente de ALLERGY, ASTHMA & IMMUNOLOGY ASSOCIATES, P.C., una corporacion profesional del estado de Nebraska (referido como "P.C"), reconozco que se me ha explicado de los riesgos y efectos secundarios de las vacunas para las alergias. Que incluyen problemas respiratorios y hasta fallecimiento de el paciente. Por, _____, de el dia de _____, del ano 20____, yo entiendo que los profesionales de salud y terceras personas me han explicado los riesgos de este tratamiento y como se me dara este tratamiento. Tambien se me ha explicado de no darme estas vacunas yo mismo/a o por una persona que no sea un doctor o empleado de salud professional.

Yo reconozco que no hare responsable a los empleados, enfermeras, doctores, o terceras personas personas que me administren este tratamiento. Yo entiendo que se me ha explicado las consecuencias de las vacunas y por esa razon no hare responsable a los profesionales de salud en caso de un efecto secundario.

Finalmente, Yo no hare responsable a esta corporacion o ha sus empleados en caso de que haya una consecuencia por naturaleza por las vacunas de alergias.

Paciente

Fecha

Testigo

Fecha

Lugar donde vacunas seran administradas
