



Mental Health Partners

Roberto Hernando MD PA

8200 SW 117th Avenue

Suite 202

Miami, Florida 33183

Ph: (305) 274 9206 F: (305) 274 9254

Consent and Authorization for Treatment

Consentimiento y Autorizacion para Tratamiento

I _____ voluntarily consent to the rendering of diagnostic procedures and pharmacologic or psychotherapeutic treatment by Mental Health Partners (Dr. Roberto Hernando MD PA and/or the professional staff who are under his supervision and direction , that are necessary in the care of the above-noted individual)

**Yo _____ voluntariamente doy mi consentimiento para recibir servicios , tratamiento y medicamentos por Mental Health Partners. Autorizo al Doctor Roberto Hernando MD PA y a sus empleados , los cuales estan bajo la supervicion del doctor a participar en caso que sea necesario en mi cuidado.*

I understand that I may withdraw my consent for a specific service or treatment at any given time to the extent permitted by the law. I must submit my withdrawal in writing.

**Yo entiendo que puedo retirar este consentimiento para algun servicio especifico o tratamiento en cualquier momento segun sea permitido por la ley. Entiendo que debo de hacerlo por escrito .*

Patient(Guardian) Signature/ Firma del Paciente o Guardian: _____

Witness Signature/ Firma de un testigo: _____

Date/ Fecha : _____