



RECONOCIMIENTO DE CONSENTIMIENTO(S)

Nombre del Paciente: _____ **Fecha de Nacimiento:** _____ **Expediente médico#:** _____

Mi (s) firma (s) a continuación reconoce que leído y / o me ofrecieron una copia de los Avisos de prácticas de privacidad y confidencialidad de CCHC. Soy consciente de que se ha publicado una copia de los avisos y documentos actuales en el área del lobby de CCHC. También puedo solicitar copias de los documentos que se enumeran a continuación.

AUTORIZACIÓN PARA LIBERAR BENEFICIOS

He leído los términos y condiciones de los beneficios de Autorización para liberar y acepto plenamente cada una de las declaraciones y acuerdos que figuran en los mismos.

Iniciales

DECLARACIÓN DE CONFIDENCIALIDAD DEL CLIENTE / PACIENTE

Por lo presente reconozco que he leído y / o me han ofrecido una copia de la Declaración de Confidencialidad del Cliente / Paciente y entiendo su contenido y acepto todas las disposiciones contenidas en el mismo.

Iniciales

PROCEDIMIENTO DE QUEJAS DEL CLIENTE / PACIENTE

Por la presente reconozco que he leído y / o me han ofrecido una copia del Procedimiento de Quejas del Cliente / Paciente y entiendo su contenido y acepto todas las disposiciones contenidas en el mismo.

Iniciales

RECIBO DEL AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Reconozco que he leído y / o me han ofrecido una copia del Aviso de prácticas de privacidad. Se me ha informado que el Aviso de Prácticas de Privacidad proporciona información detallada sobre cómo la práctica puede usar y divulgar mi información confidencial para el tratamiento (incluyendo la atención médica y continuación de otros proveedores o centros de tratamiento), el pago y las operaciones de atención médica.

Iniciales

Firma de Paciente

Fecha

Firma Autorizada (Padres/Guardián)

Fecha