



ANAHEIM MARKET CLINIC



1311 S. Anaheim Blvd. • Anaheim, CA 92805
714-635-6400 • Fax 714-635-6433

Consentimiento de Tratamiento

Yo _____, le doy mi consentimiento a Anaheim Market Clinic para tratamientos medicos, cirujias menores y otros procedimientos medicos, es entendido que posiblemente sere tratado por el director medico y/o sus asistentes.

Firma de Aceptacion: _____

(Si el paciente es menor de edad, firma del padre o tutor)

Fecha: _____

Aviso de Practicas de Privacidad

ACEPTACION DE RECEPCION

Al firmar este formulario, usted esta aceptando que recibió el Aviso de Practicas de Privacidad de Anaheim Family Medical Clinic.. Nuestro Aviso de Practicas de Privacidad proporciona informacion sobre como podemos utilizar y divulgar informacion confidencial sobre su salud. Le recomendamos que la lea en su totalidad.

Nuestro Aviso de Pratica de Privacidad esta sujeto a cambios. Si cambiamos nuestro aviso, podra obtener una copia de la version revisada en nuestra oficina.

Confirmo que recibí una copia del Aviso de Practicas de Privacidad de Anaheim Market Clinic.

Firma de Aceptacion: _____

(Si el paciente es menor de edad, fitma del padre o tutor)

Fecha: _____

IMPOSIBILIDAD DE OBTENER LA ACEPTACION

Esta parte solo debe ser llenada si no se obtiene la firma.

Si no se puede obtener la aceptacion de la persona, describir los esfuerzos que se hicieron, de buena fe, para obtender dicha aceptacion, asi como las razones por las que se obtuvo.