



Nombre De Paciente: _____ Número De Expediente _____

Yo doy mi consentimiento para que (mi/niño(a)) reciba servicios médicos en Westside Family Health Center (“La Clínica”).

Yo he sido informada y estoy consciente de que yo o mi/niño(a) va ser examinada por una asistente médica, enfermera practicante, enfermera partera, o por un médico.

Yo estoy consciente que, aunque recibiré servicios médicos de alta calidad, no se me puede dar seguridad absoluta sobre los resultados de los servicios medicos para mi o mi niño/a.

Se me ha dicho y comprendo la importancia de que la Clínica necesita comunicarse conmigo para darme el resultado de los exámenes del laboratorio. Comprendo que es mi responsabilidad proveer la información adecuada sobre donde puedo ser localizada. Y si yo deseo que la Clínica no me llame, yo debo comunicarme con la Clínica no más de dos semanas después del día en que los exámenes de laboratorio fueron hechos. Yo comprendo que la información sobre mi residencia será confidencial.

Yo comprendo que si he dado información falsa sobre mi historia médica o la de me niño/a cualquier complicación que resulte ex/será mi responsabilidad y no la responsabilidad de la Clínica o del personal de esta Clínica.

Yo doy consentimiento a la Clínica para que entregue copias de mi expediente médico o la de mi niño/a la otra institución médica para así facilitar la continuidad del cuidado médico.

___ Si, doy mi consentimiento a la Clínica para entregar copias de mi expediente medico o la de mi niño/a la otra institucion medica.

___ No, doy mi consentimiento a la Clínica para entregar copias de mi expediente medico o la de mi niño/a la otra institución medica.

**NO FIRME ESTE DOCUMENTO HASTA QUE HAYA LEIDO Y
COMPRENDIDO EN SU TOTALIDAD ESTA INFORMACION**

Firma: _____ Fecha: _____

Testigo: _____ Fecha: _____