

Consent Form/Autorización Para Tratamiento

I hereby request and consent to diagnostic procedure tests and medical treatment, as deemed advisable by the professional staff of East Valley Community Health Center, Inc. (EVCHC). I am aware that a Physician, Nurse Practitioner or Physician Assistant may provide the medical care.

I understand that funding sources and government agencies may review my chart, but will not violate my confidentiality as a patient. I also understand that EVCHC may use information from my chart for purposes of research or data collection, but I will not be identified by my name or address. I further understand that as part of my treatment I consent to the release of my medical information from those entities that have performed diagnostic/treatment and/or consultations to aid in my treatment at EVCHC. I understand that my medical information will be shared as needed with appropriate medical staff within EVCHC to coordinate my health care. I have the right to stop and/or refuse treatment or service at any time during a visit.

Client Signature

Date

Client Name (please print)

Witness Signature

Parent or Guardian Signature
(when required)

Hago petición y consiento a procedimientos diagnósticos y tratamiento medico que el personal medico de East Valley Community Health Center, Inc. crea que son necesario. Yo entiendo que el tratamiento medico lo puede proporcionar un doctor o otro personal medico calificado.

Yo estoy de acuerdo a que mi expediente sea revisado por agencias que pagan por mis servicios y por otras agencias del gobierno. Esta revisión no violara mi confidencialidad como paciente. También entiendo que la clínica podrá usar ciertos datos y información de mi expediente, con el propósito de investigación medica para obtener fondos privados, pero yo no seré identificado/a por nombre o domicilio. Yo entiendo que el futuro como parte de mi tratamiento. Yo daré consentimiento para que hagan entrega de esta información a otras entidades que han preformado diagnósticos/ tratamiento y/o consultaciones que ayuden en mi tratamiento a East Valley Community Health Center Inc. Entiendo que mi información médica será compartida según sea necesario con el personal médico apropiado dentro EVCHC para coordinar mi atención médica. Reservo el derecho de suspender o negar servicios o tratamiento en cualquier momento durante su visita.

Firma

Fecha

Nombre del Paciente

Testigo

Firma de Padre o Guarda
(cuando sea necesario)