



**HealthWorks**

www.healthworksc.com

## **Consentimiento a Procedimientos/Cirugias Medicas**

Los abajofirmantes da consentimiento a los servicios relacionados para cuidado que seran realizados en una base de paciente externo. Estos pueden incluir el tratamiento y procedimientos medicos que seran hechos bajo la supervision del proveedor de pacientes. El paciente tendra cada procedimiento o tratamiento explicado en una manera en que el/ella pueda entender incluyendo las consecuencias de no tener tratamientos o procedimientos recomendados. El paciente tiene el derecho disminuir los servicios despues de recibir esta informacion con respecto a la recomendacion de tratamiento o procedimiento.

### **Liberacion de Informacion:**

HealthWorks of the Central Coast quiere obtener el permiso del paciente para liberar informacion a otras facilidades o proveedores involucrados en el cuidado del paciente o dando servicios al paciente por resultado de referencia.

HealthWorks puede ser requerido por ley de tener los registros y data revisados por el estado. Ninguna de la informacion sera disponible al publico en ninguna manera. La identidad del paciente permanecera confidencial.

Se requiere que una forma de liberacion especial sea firmada por el paciente para liberar cualquier informacion acerca del tratamiento de abuso droga y/o alcohol.

Se requiere que una forma de liberacion especial sea firmada por el paciente para liberar cualquier informacion acerca de los resultados de VIH.

**Yo he leído o me han leído la polica arriba y entiendo y acepto.**

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Staff Signiture \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_