

Patient label or Name and DOB

**People's Community Clinic**  
**Afirmación de Consentimiento Informado Para Servicios**

Servicios médicos y otros servicios relacionados con la salud en People's Community Clinic (PCC) son facilitados por licenciados y certificados profesionales de salud, incluyendo médicos, residentes médicos, enfermeros, asistentes médicos, parteras, trabajadores sociales, y educadores de salud.

Yo entiendo que periódicamente PCC sirve como un sitio de enseñanza para enfermeras, asistentes medicos, medicos residentes, y estudiantes medicos, quienes entran esta bajo la supervision de los empleados profesionales de la clínica. Yo entiendo que tengo el derecho de rechazar que me atienda un entrenador de salud profesional.

Servicios son facilitados a pesar de raza, color, religión, sexo, edad, origen nacional, idioma, preferencia sexual, ó preferencia anticonceptivo.

Yo entiendo que información sobre mis consultas en PCC é información en mí expediente es confidencial (privado) y no son revelados sin el permiso mio (o el permiso de mi guardian) excepto en circunstancias ordenadas por la ley. Yo entiendo que tengo que firmar la Autorización de Dar Información Medico de PCC cuando necesite copias de mi archivo médico. El archivo original es la propiedad de PCC.

PCC tiene una noticia detallada que describe como mantenemos confidencial su information medico y cuando PCC puede dar informacion medico sin mi permission escrito. Entiendo que tengo el derecho a pedir limitaciones de divulgar mi informacion personal. He revisado la Norma de Privacidad (#040103) y puedo recibir una copia si no solicito.

La clínica provee servicio medicos ambulatorios. No tiene los recursos para cuidado medico de emergencia. Como paciente de PCC, yo entiendo que yo necesito ir a la sala de emergencia si tengo una emergencia medica.

Al firmar esta forma, yo estoy afirmando que yo entiendo lo que esta por escrito en esta forma y que yo voluntariamente pido por los servicios de esta clínica para mi ó el menor que estoy acompañando.

Yo entiendo que soy menor de edad y no soy acompañado por un adulto autorizado y que hay otra forma que debo completar para recibir cuidado en PCC.

\_\_\_\_\_  
Firma de paciente

\_\_\_\_\_  
Firma de padre o guardian de paciente

\_\_\_\_\_  
Nombre en molde del paciente

\_\_\_\_\_  
Nombre en molde del padre/guardian

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Relacion al paciente del que firma

Este consentimiento es valido hasta que sea revocado en escrito.