



Patient Consent
(Consentimiento del Paciente)
(Termo de Consentimento do Paciente)

I, do hereby consent for the performance of any and all medical and dental procedures, tests, and/or treatment required for the administration of medical and dental care (and WIC services) for the above named patient.

I understand that my records are protected under the Federal Confidentiality Regulations and under the General Laws of the State of Rhode Island and cannot be disclosed without my written consent except as otherwise specifically provided by law.

I also hereby authorize the release of billing and/or diagnostic information required for the preparation of health insurance claim forms to third party insurers, authorized representatives or agents including insured subscriber and qualified personnel. I also authorize payment of claims to: The Blackstone Valley Community Health Care, Inc.

Yo, por este medio expreso mi consentimiento para que se lleven a cabo todos y cada uno de los procedimientos medicos, dentales pruebas y/o tratamientos requeridos para la administracion de cuidados (and WIC services) medicos y dentales para el paciente nombrado anteriormente. Yo entiendo que mis expedients estan protegidos bajo los terminus de las Regulaciones de Confidencialidad Federal y las Leyes Generales del Estado de Rhode Island, y por lo tanto, no pueden ser revelados sin mi consentimiento escrito salvo lo que especificamente senale la ley.

Por este medio, tambien autorizo la liberacion de informacion sobre cobros y/o diagnostico, que sea necesaria para la preparacion de formularios de reclamo de seguros de salud para aseguradores terceros, representantes autorizados o agentes, incluyendo a el(la) suscriptor(a) asegurado(a) y personal calificado. Tambien autorizo el pago de los reclamos a: The Blackstone Valley Community Health Care, Inc. (Centro de Salud de la Comunidad de Blackstone Valley, Inc.).

Eu, aqui declaro que dou o meu consentimento para a execucao de todos e quaisquer procedimentos, testes, e/ou tratamentos necessaries para a administracao de tratamento medico e dentais (and WIC services) para o paciente acima citado. Eu compreendo que os meus registos medicos e dentais sao protegidos ao abrigo dos Regulamentos Federais de Confidencialidade (Federal Confidentiality Regulations) e nos termos da lei do estado de Rhode Island, e que nao podem ser divulgados sem o meu consentimento escrito a nao ser em casos especificos explicitos na lei.

Tambem aqui autorizo a divulgacao de informacao diagnostica e/ou relativa a facturacao necessaria para a elaboracao de formularios de requerimento de seguro medico a seguradores terceiros, representantes ou agentes autorizados, incluindo o assinante do seguro e pessoal autorizado. Tambem autorizo o pagamento de requerimentos a: The Blackstone Community Health Center, Inc. (Centros de Saude de Blackstone Valley, S.A.)

Signature of patient, parent or Guardian
Firma del paciente, padre de familia o tutor
Assinatura do paciente, mae/pai ou guardiao

Date
Fecha
Data

Relationship to patient
Relacion con el pacient
Parentesco com o paciente

BVCHC Witness
Testigo por parte del BVCHC
Testemunha do BVCHC

Date
Fecha
Data

The Blackstone Valley Community Health Centers, Inc., reserves the right to verify the signature of patient, parent, or guardian appearing above. The Blackstone Valley Community Health Centers, Inc., o Centros de Salud de la Comunidad de Blackstone Valley, se reserva el derecho de verificar la firma del paciente, padre de familia o tutor, que aparece a continuacion. The Blackstone Valley Community Health Centers, Inc. (Centros de Saude de Blackstone Valley, S.A.) reserva o direito de comprovar a assinatura do paciente, mae/pai ou guardiao abaixo indicado.