



FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE

Pawtucket Medical 39 East Avenue Pawtucket, RI, 02860 T: (401) 722-0081	Pawtucket Medical 1145 Main Street Pawtucket, RI, 02860 T: (401) 722-0081	Central Falls Medical 9 Chestnut Street Central Falls, RI, 02863 T: (401) 722-0081	Dental and Optometry 210 Main St, Pawtucket, RI D: (401) 729-5239 V: (401) 312-5249
----------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------

Nombre del paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Número de expediente medico: _____

Otorgo mi consentimiento para poder recibir el tratamiento medico que los proveedores de Blackstone Valley Community Health Care, Inc. Consideren necesario.

Doy permiso/autorización para Blackstone Valley Community, Inc. a divulgar información a la persona(s) que aparecen a continuación. Esto incluye: recoger cualquier historial médico, así mismo como la programación y la cancelación de cualquiera de mis citas.

Las personas que se mencionan a continuación deben ser mayores de 18 años de edad o más.

Nombre: _____ Relación: _____ TEL: _____

Nombre: _____ Relación: _____ TEL: _____

Nombre: _____ Relación: _____ TEL: _____

Nombre: _____ Relación: _____ TEL: _____

Yo entiendo que este consentimiento se considerará vigente hasta que sea rescindida o revocada.

(Nombre, Apellido) (Relación) (Fecha)

(Firma del paciente/Tutor legal) (Fecha)

(Representante Legal) (Relación con el paciente)

(BVCHC Witness)

For BVCHC Staff use only
Label goes here