

-Informacion Orientativa del Tratamiento-

Yo he recibido los siguientes formularios de informacion:

- Contacto de Informacion y Instrucciones Despues de las Horas**
- Consentimiento Informado**
- CHC Aviso de practica de privacidad**
- CHC Responsabilidades del Paciente y codigo de conducta**
- CHC Los derechos del paciente**
- Commonwealth of Massachusetts Know Your Rights**
- CHC Responsabilidades Financieras del Paciente**
- Aviso de Tarifa de Escala Para el Programa de descuento**
- Cuestionario de salud**

Nombre del Paciente -

Fecha de Nacimiento

Firma del Paciente o Guardian

Dia