

LISTA DE VERIFICACIÓN DE LA PÓLIZA DEL PACIENTE

Los siguientes documentos describen mis derechos y privilegios en los Centros de Salud Familiar de River Valley y me han sido explicados el (fecha) ____/____/____ y he tenido la oportunidad de hacer preguntas sobre cómo se utilizará mi información. Entiendo las prácticas y acepto cumplir. Me han ofrecido copias de los siguientes documentos **(por favor, inicial):**

_____ Carta de bienvenida

_____ Late Póliza de citas

_____ No Mostrar póliza

_____ Póliza de Estupefacientes

_____ Prácticas de privacidad

Nombre impreso de la fecha de nacimiento del paciente

Firma de Paciente

Fecha

Firma del guardián (si el paciente menor de 18 años)

Fecha