

SOUTHWEST SPORT & SPINE CENTER, INC.

LA FORMA PACIENTE de la INFORMACION RECONOCIMIENTO

He leído y he comprendido completamente nota de practicas de informacion. Comprendo que Southwest Sport & Spine Center, Inc. pudo utilizar o puede revelar mi informacion personal de la salud para los fines de llevar acabo el tratamiento, obteniendo el pago, evaluando la calidad de servicios proporcionada y alguna operacion administrativa relacionados al tratamiento o el pago. Comprendo que tengo el derecho de restringir como mi informacion personal de salud es utilizada y revelado para el tratamiento, el pago y las operaciones administrativas si notifico la la practica. Yo tambien comprendo que Southwest Sport & Spine Center, Inc. considera peticiones para la restriccion en un caso, por la base del caso, pero no tendra que aceptar peticiones para la restriccion. Yo por la presente consiento al uso y la revelacion de mi informacion personal de la para propositos noto como en Southwest Sport & Spine Center, Inc. de practicas de informacion. Comprendo que retengo el derecho de revocar este consentimiento notificando la practice en la escritura en tiempo.

_____ Initials

CONSENTIMIENTO de PROCEDIMIENTOS MEDICOS

Los consentimientos abajo firmantes a la terapia realizada en Southwest Sport & Spine Center, Inc. en un base de paciente extremo, que puede incluir pero no es limitado al tratamiento ni ni procedimientos medicos rendidos para el paciente por el personal de la terapia de Southwest Sport & Spine Center, Inc., bajo el general instrucciones especiales del medico del paciente.

_____ Initials

La RELACION LEGAL ENTRE SOUTHWEST SPORT & SPINE CENTER, Inc. Y MEDICOS

Ningun medico que proporciona los servicios al paciente es un contratista independiente y no es un agente ni el empleado de Southwest Sport & Spine Center, Inc.

_____ Initials

EI CONSENTIMIENTO para FOTOGRAFIAR

Como un paciente de Southwest Sport & Spine Center, Inc. es entendido que fotografias y/o videos pueden ser utilizados para documentar el progreso paciente.

_____ Initials

EI CONSENTIMIENTO PARA RESULTADOS

| Podemos usar sus comentarios y resultados en el futuro? **Si** **No**

_____ Initials

Nombre del Paciente

Firma del Paciente

Fecha