

FREE CLINIC OF CULPEPER ACUERDO DE REFERENCIAS DEL PACIENTE

CONSENTIMIENTO PARA CITAS DE REFERENCIA:

Yo, el abajo firmante, autorizo a los proveedores médicos y al personal de la clínica "Free Clinic of Culpeper" para hacer citas de referencia con otros proveedores o especialistas en nombre mío.

Firma del Paciente

Fecha

EXPECTACIONES Y RESPONSABILIDADES DEL PACIENTE:

Yo entiendo lo siguiente:

- Los proveedores médicos están brindando su tiempo para poder acomodar a los pacientes de la clínica "Free Clinic of Culpeper" en sus oficinas ;
- Recibir una cita de referencia es un privilegio que debe de ser respetado y apreciado;
- Hay otros pacientes más que están esperando por una cita de referencia.

Yo estoy de acuerdo en lo siguiente:

- Yo llegare a tiempo a todas las citas;
- Yo llamare al menos 24 horas antes de mi cita para cancelar en caso de emergencia;
- Yo no programaré una cita perdida más de dos veces (puede que le cobren cargos de programación)
- Yo seré educado y respetuoso en todo momento ; y
- Yo seguiré las recomendaciones/instrucciones del proveedor médico o especialista.

Mi firma abajo indica que Yo estoy de acuerdo con las expectativas y responsabilidades del paciente. Yo entiendo que no cumplir con estos requisitos puede resultar en perder el privilegio de recibir citas de referencia por parte de la clínica "Free Clinic of Culpeper".

Firma del Paciente

Fecha

Clinic Representative

Date