

Euclid Endoscopy Center

ASC Testimonio del Paciente. Condiciones de Covertura

Nombre del Paciente: _____ Fecha del Procedimiento: _____

Mi firma certifica que he recibido copias de los siguientes documentos por adelantado, antes de mi procedimiento

1. Derechos y Responsabilidades del Paciente
2. Poliza de “Euclid Endoscopy Center” respecto a las “Directivas por Adelantado”
3. Publicacion de la propiedad del establecimiento
4. HIPAA

Ademas, entiendo que esta informacion se me esta proporcionando para mi beneficio y que si tengo preguntas acerca del contenido puedo contactar a “Euclid Endoscopy Center” para clarificar mis dudas.

Firma del Paciente: _____ Fecha: _____

***** Favor de entregar este documento en “Euclid Endoscopy Center”*****