

MONTEREY COUNTY HEALTH DEPARTMENT
PRIMARY CARE CLINICS

Alisal Health Center Monterey County Health Clinic at Marina
Seaside Family Health Center

PATIENT CONSENT FORM

I hereby consent to any necessary medical or surgical treatment. I understand that even simple treatments or diagnostic measures have a risk of complications, which will be explained at the time of the procedure or treatment. Monterey County Primary Care Clinics will make referrals for specialized services we are unable to provide here.

~~I understand and give my consent to be attended by a Nurse Practitioner or Physician's Assistant instead of a Doctor. I also understand that the same Nurse Practitioner or Physician's Assistant may be prescribing and dispensing medicines. He/she is certified to do so under the supervision of a Doctor. But, if I wish, I can be attended by a doctor and have my medicines prescribed and dispensed by the doctor.~~

I understand that any of my records maintained in the course of my receiving care from Monterey County Primary Care Clinics shall be open for inspection by the State, and the State shall, upon request, be provided access to all data collected under the terms of their contracts with Monterey County Primary Care Clinics. These records and data will be subject to fiscal and program audits and will not be made public in any manner which allows identification of any individual.

CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE

Aquí doy mi consentimiento para cualquier tratamiento médico de cirugía que sea necesario. Tengo entendido que un simple tratamiento o diagnóstico como una inyección puede tener complicaciones, las cuales se explicaran cuando hagan los procedimientos o tratamientos. Monterey County Primary Care Clinics hará referencias para servicios especiales que no pueda atender aquí.

Yo comprendo y doy mi consentimiento para que una enfermera médica (Nurse Practitioner) o médico asistente (Physician Assistant) me pueda atender en lugar de un médico. También, comprendo que la misma enfermera médica (Nurse Practitioner) o Médico Asistente (Physician Assistant) me pueda recetar y dispensar medicamentos. Ella/el está certificado para hacerlo bajo la supervisión del doctor. Pero si yo lo deseo, me puede atender un médico y él/ella me recetará y dispensará mis medicamentos.

~~Yo comprendo que el expediente mio y cualquier record mio mantenido durante mi tratamiento con Monterey County Primary Care Clinics, estara sujeto a la inspección por oficiales del estado. El estado tendra el derecho de acceso a los datos de los pacientes acumulados durante los terminos de sus contratos con Monterey County Primary Care Clinics. Estos datos seran sometidos para las auditorias fiscales y del programa y no seran publicados de ninguna manera, lo cual resultaria en la identificación de cualquier individuo.~~

Patient or Legal Guardian _____
Paciente o Guardian Legal (signature/firma)

Witness _____ Date _____
Testigo Fecha

Patient: _____ DOB: _____