



Consentimiento de tratamiento, Aviso de prácticas de privacidad y derechos de pacientes y responsabilidades

Doy permiso a Nebraska Cancer Specialists (NCS) para darme tratamiento médico. También entiendo que tengo el derecho a rechazar cualquier procedimiento o tratamiento y discutir todos los tratamientos con mi proveedor.

Mi firma a continuación reconoce que me han ofrecido el Aviso de prácticas de privacidad y derechos de pacientes y responsabilidades (Copia está disponible a petición).

(Firma de paciente o tutor legal)

(Fecha)

(Nombre impreso de paciente)

(Nombre impreso de tutor legal)

(Testigo)

(Fecha)