

FORMATO DE CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE PARA LOS SERVICIOS DE ESCRIBA

Entiendo que mi médico utiliza un servicio médico profesional que lo ayuda con la documentación. El servicio de escriba puede ser remoto.

Entiendo que esto permite un trato médico-paciente más enfocado.

Entiendo que no tengo que pagar por este servicio.

Entiendo que los escribas médicos siguen un código de ética profesional que garantiza que toda la información médica discutida con mi médico o su personal se mantendrá confidencial.

Acepto el uso de un escriba médico profesional cuando discuto mis problemas de atención médica con mi médico.

<input type="checkbox"/> MAXIM MORADIAN, M.D.	<input type="checkbox"/> REVIK VARTANIAN, D.O.	<input type="checkbox"/> JAMES J. LIEU, D.O.
MÉDICO		FECHA DE SERVICIO
NOMBRE DEL PACIENTE EN LETRA DE IMPRENTA O REPRESENTANTE AUTORIZADO	FIRMA DEL PACIENTE O REPRESENTANTE AUTORIZADO	FECHA DE FIRMA