



THE HEALTH HUT
310 W. Mississippi Ave.
Ruston, LA 71270
Phone: 318-513-1212
Fax: 318-513-7673

Nombre del Paciente: _____

Consentimiento General por Tratamientos

1. Yo autorizo que The Health Hut me de tratamiento medico.
2. Yo autorizo que The Health Hut pueda solicitar los beneficios de aseguranza para cubrir el costo de mi visita. Entiendo que The Health Hut puede mandar mi expediente medico a mi compañía de aseguranza medica.
3. Yo entiendo que:
 - Tengo el derecho de negar cualquier tratamiento o procedimiento.
 - Tengo el derecho de hablar sobre mis tratamientos medicos con el doctor(a).

Firma del Paciente o Representante Personal Autorizado por la Ley

Fecha

Relación si la Firma no es del Paciente

Reconocimiento del Aviso de Prácticas de Privacidad

Yo afirmo que The Health Hut me a proveído con una copia de aviso de practices de privacidad. Yo entiendo que el aviso explica las practices de privacidad de The Health Hut sobre el uso o/y la divulgación de salud del paciente.

Firma del Paciente o Representante Personal Autorizado por la Ley

Fecha

Relación si la Firma no es del Paciente

Signature of THH Staff Member: _____

Date

For Office Use Only

We attempted to obtain written acknowledgement of receipt of our Notice of Privacy Practices, but acknowledgement could not be obtained because:

- Individual refused to sign
 - Communication barriers prohibited obtaining the acknowledgement
 - An emergency prevented us from obtaining acknowledgement
 - Other (*Please specify*)
- _____