



Consentimiento a Cuidado Medico

Derechos y Responsabilidades del Paciente

Yo comprendo que tengo el derecho a que se me trate con dignidad y respeto; a mantener mi privacidad y confidencialidad; de revisar my cuidado y tratamiento médico con mi médico o especialista ; de que se me explique todas las pruebas y procedimientos; y a que se me responda a todas mis preguntas relacionadas con my cuidado. Tengo el derecho de participar en los planes del manejo de mi embarazo, y labor de parto.

Antes de que se me de cualquier medicamento o se me haga cualquier prueba, se me informara los riesgos posibles o peligros que me puedan afectar a mi o a mi bebe durante mi embarazo o labor de parto o posparto.

Es mi responsabilidad como paciente de East Bay Perinatal Medical Associated de ser honesta sobre mi historial médico y estilo de vida por lo que esto puede afectar la salud de mi bebé. Yo seguire los consejos medicos e instrucciones lo major que pueda. Yo vendre a mis citas prenatales y llamare por telefono 24 horas antes de cancelar o cambiar una cita si es necesario. Esto incluye cualquier cita con medicos que me refirieron o citas con la Sala de Pruebas Antes del Parto. Si yo no puedo o no quiero continuar con las recomendaciones dadas, incluyendo atender a mis citas, hay la posibilidad de que se me deje de atender en esta clinica.

Yo comprendo que si soy victima de violencia domestica los empleados de East Bay Perinatal Medical Associates estan obligados por ley de reportarlo a la policia. Yo comprendo que una copia de mi archivo se mandara a la Sala De Partos de Alta Bates Bates Summit Medical Center para mi major cuidado antes de ser ingresada en la sala de de partos. Por lo tanto la protección de este archivo se convierte en la resposabilidad de Alta Bates Summit Medical Center.

Yo comprendo la información escrita en este documento y doy consentimiento a cuidado medico con East Bay Perinatal Medical Associates.

Firma del Paciente

Fecha

Firma del Testigo

Fecha