



Centro de Salud Comunitario del Condado de Franklin

VERIFICACIÓN DE RECIBO DEL PACIENTE

Mi firma de abajo es para verificar que me han dado una copia de cada documento en la lista de abajo. Entiendo que puedo pedir una copia nueva de estos documentos en cualquier momento.

- Regla de Repuesto (Refill) de Medicamentos
- Filosofía del Dolor Crónico
- Regla de No Asistir a las Citas
- Aviso de las Reglas de Bandera Roja (Robo de Identidad)
- Reglas de Pagos para Pacientes del CHCFC
- Aviso de Prácticas de Privacidad (Aviso de HIPAA)
- Aviso de los Derechos y las Responsabilidades del Paciente

Puedo pedir que me envíen estos documentos en el formato alternativo:

- Letra grande

Nombre del paciente (Letra de molde)

del paciente / tutor

Fecha

Greenfield Medical & Dental

102 Main Street
Greenfield, MA 01301

Tel: (413) 325 - 8500

Urgent Dental Care

164 High Street
Greenfield, MA 01301

Tel: (413) 325 - 8700

Orange Medical & Dental

450 W River Street
Orange, MA 01364

Tel: (978) 544 - 7800