



Patient's Last Name: _____ Patient's First Name: _____
Patient's Birthdate: _____

Consent for Examination and Treatment

I voluntarily give consent to the County of San Luis Obispo Public Health Department to perform any examination, treatments, immunizations and diagnostic procedures that may be deemed necessary or available.

Receipt of Family Planning Services is not a prerequisite to receipt of any other services offered by the Public Health Department.

Furthermore, if I have health insurance, I am aware that I am responsible for payment of the balance due if the services I have received are not covered fully by my insurance. If that is the case, then I will be mailed an invoice for payment.

Signature of Patient or Parent/Guardian: _____
Date: _____ If Parent/Guardian, State Relation to Patient: _____

Acknowledgment of Notice of Privacy Practices

I hereby acknowledge that I have been offered or have received a copy of San Luis Obispo County Health Agency's Notice of Privacy Practices. I further acknowledge that a copy of the current notice is posted in the reception area of each clinic, and I will be offered a copy of any amended Notice of Privacy Practices at each visit.

Signature of Patient or Parent/Guardian: _____
Date: _____ If Parent/Guardian, State Relation to Patient: _____



Apellido del Paciente: _____ Nombre del Paciente: _____
Fecha de Nacimiento del Paciente: _____

Consentimiento para Examen y Tratamiento

Yo por este medio doy consentimiento voluntariamente al Departamento de Salud Pública del Condado de San Luis Obispo para realizar cualquier exámenes, tratamientos, vacunas y procedimientos para diagnosticar que se crea necesario o disponible.

Recibir servicios de planificación familiar no es un requisito previo para recibir cualquier otro servicio ofrecido por el Departamento de Salud Pública.

Además, si tengo seguro médico, soy consciente de que soy responsable del pago del saldo adeudado si los servicios que he recibido no están cubiertos completamente por mi Seguro. Si ese es el caso, entonces me enviarán una factura para el pago.

Firma del Paciente o Padres/Guardián: _____

Fecha: _____ Si Padres/Guardián, su Relación con el Paciente: _____

El Reconocimiento del Aviso de Prácticas de Privacidad

Reconozco por este medio que me han ofrecido o he recibido una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad del Departamento de Salud Pública del Condado de San Luis Obispo. También reconozco que una copia del Aviso actual está fijado en el área de recepción de cada clínica, y me ofrecerán una copia de cualquier Aviso enmendado de Prácticas de Privacidad en cada visita.

Firma del Paciente o Padres/Guardián: _____

Fecha: _____ Si Padres/Guardián, su Relación con el Paciente: _____