

AMBULATORY SURGERY CENTER OF STOCKTON

2388 N. California Street
Stockton, CA 95204
209-944-9100

ACKNOWLEDGEMENT OF SURGERY PACKET

I received and acknowledge that I have read and understand the attached prior to my procedure date:

- Patient’s Bill of Rights and Responsibilities
- Patient Consent to Resuscitative Measures
- Common Interest Disclosure Statement
- Grievance Policy
- Privacy Notice

Patient Signature

Date Received

Print Name

If any patient is adjudged incompetent under applicable California Health and Safety laws by a court or proper jurisdiction, the rights of the patient are exercised by the person appointed under California law to act on the patient’s behalf. If the California court has not adjudged a patient incompetent, any legal representative designated by the patient in accordance with California law may exercise the patient’s rights to the extent allowed.

If consent to the procedure is provided by anyone other than the patient, this form must be signed by the person providing the consent or authorization.

Signature Responsible Party

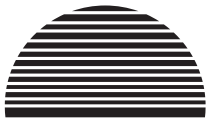
Date Received

Print Name

Relationship

*****IMPORTANT*****

Please complete and bring with you on the day of your procedure.



AMBULATORY SURGERY CENTER OF STOCKTON

2388 N. California Street
Stockton, CA 95204
209-944-9100

ACUSE DE RECIBO DE PAQUETE QUIRÚRGICO

Acuso recibo y hago constar que he leído y entendido los documentos adjuntos antes de la fecha de mi intervención:

- Derechos y Responsabilidades del Paciente
- Consentimiento del Paciente para Medidas de Resucitación
- Declaración para Revelar Intereses Comunes
- Política de Quejas
- Aviso de Privacidad

Firma del Paciente

Fecha de Recibo

Nombre en Letra de Molde

Si un paciente es declarado incompetente por un tribunal de competencia conforme a las leyes vigentes de Salud y Seguridad en California, los derechos del paciente los ejerce la persona nombrada conforme a la ley de California para actuar a nombre del paciente. Si un tribunal de California no ha juzgado incompetente a un paciente, cualquier representante legal nombrado por el paciente podrá ejercer los derechos del paciente en la medida permitida por la ley de California.

Si el consentimiento para la intervención lo da otra persona que no fuera el paciente, este documento lo debe firmar la persona que otorga ese consentimiento o autorización.

Firma de Parte Responsable

Fecha de Recibo

Nombre en Letra de Molde

Relación

*****IMPORTANTE*****

Favor de llenar y traer consigo el día de su intervención.