



NEFROLOGÍA • DIÁLISIS • HIPERTENSIÓN • TRASPLANTE

(Certificación en Medicina Interna y Nefrología por la Junta Médica Estadounidense)

(**Certificación de Especialización en Hipertensión por la Junta Médica)

Rafael C. Esquenazi, MD**, FACP, FASN

Mary A. Washington, MD, FACP

Ather R. Khokhar, MD

CONSENTIMIENTO

Fecha: _____

Yo, _____ acepto que la información que consta en mis evaluaciones podrá compartirse en forma electrónica y mediante solicitudes escritas con el personal de Atención Social y de la Salud, los proveedores de servicio que pueden contribuir a mi atención y cualquier organismo que actúe en nombre de estas organizaciones. Asimismo, presto mi consentimiento para compartir mis antecedentes de medicamentos.

Dirección de la farmacia: _____

N.º de tel. de la farmacia: _____

Yo, _____ presto/no presto mi consentimiento para ser parte de los informes de pacientes.

Nombre del Paciente, en letra de imprenta: _____ Firma del Paciente: _____

Fecha: _____