



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

RECEPCIÓN DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

FORMULARIO DE ACUSE DE RECIBO

Acuso recibo de la Notificación de las Prácticas de Privacidad, y se me ha dado la oportunidad de revisar dicha Notificación.

Nombre _____

Nombre _____	Fecha de nacimiento _____
X _____	_____
<i>Firma del Paciente/Garante</i>	<i>Fecha</i>

FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN Y CONSENTIMIENTO

Consentimiento para recibir tratamiento médico por parte de un médico

Por el presente, yo, o el representante autorizado/tutor legal que actúa en representación del paciente, presto mi consentimiento para recibir servicios médicos de carácter general, que pueden incluir procedimientos de diagnóstico de rutina y el tratamiento médico que el médico, sus asistentes o las personas que éste designe consideren necesario a su entero criterio. También reconozco que la práctica de la medicina no es una ciencia exacta y que no se me ha dado garantía alguna respecto de los resultados del tratamiento de examinación en Nephrology Physicians of Houston.

X _____	_____
<i>Firma del Paciente/Garante</i>	<i>Fecha</i>

Divulgación de información de atención de la salud del paciente

Por el presente, autorizo a Nephrology Physicians of Houston a divulgar información de atención de la salud del paciente, de acuerdo con la política de la clínica, según sea necesario para que los proveedores de atención de la salud puedan facilitar el reembolso por parte de un plan de beneficios de salud, o para que el personal de otra entidad de atención de la salud pueda garantizar la continuidad de la atención actual, lo que incluye, a modo de ejemplo, envío de información por fax, correo o medios electrónicos.

X _____	_____
<i>Firma del Paciente/Garante</i>	<i>Fecha</i>

Las autorizaciones mencionadas anteriormente son válidas, salvo que usted especifique lo contrario o las revoque por escrito.

Autorización para divulgar registros médicos a un familiar

Yo, _____ (paciente), AUTORIZO a _____ (familiar)

Autorización y Consentimiento

Para recibir todos los resultados de mis visitas al consultorio y de mis análisis de laboratorio, que se analizarán, con respecto a mi información de salud actual.

ESTA AUTORIZACIÓN PERMANECERÁ VIGENTE HASTA QUE EL PACIENTE NOTIFIQUE LO CONTRARIO.

Firma del Paciente

Fecha