

MOUNTAIN KIDNEY & HYPERTENSION ASSOCIATES, P.A.

Acuso de recibo – Recibo de Aviso de Prácticas de Privacidad

Al firmar a continuación, acuso recibo de haber recibido un ejemplar del Aviso de Prácticas de Privacidad de Mountain Kidney & Hypertension, P.A.

_____ Nombre impreso del/de la Paciente	_____ Fecha de nacimiento del/de la Paciente
_____ Firma del/de la Paciente	_____ Fecha

MOUNTAIN KIDNEY & HYPERTENSION ASSOCIATES, P.A.

Consentimiento – Revelación de Información Médica/Demográfica

Mediante el presente autorizo a Mountain Kidney & Hypertension, P.A. revelar la información médica/demográfica contenida en mis expedientes de paciente, incluyendo información de fuentes externas, al/los Receptor(es) nombrado(s) a continuación. Reconozco que Mountain Kidney & Hypertension, P.A., no es responsable por el uso de estos expedientes por el Receptor. Comprendo que mi(s) médico(s) no condicionarán tratamiento, pago, inscripción ni elegibilidad para beneficios si firmo o no esta autorización. Comprendo y reconozco que esto puede incluir tratamiento para una enfermedad física y mental, abuso de alcohol y drogas, y/o resultados de exámenes de VIH/SIDA, o diagnósticos. Entiendo que esta autorización es válida indefinidamente, pero puedo revocarla en cualquier momento por escrito.

_____ Nombre impreso del/de la Paciente	_____ Fecha de nacimiento del/de la Paciente		
_____ Firma del/de la Paciente	_____ Fecha		
_____ Nombre impreso del Receptor	_____ Número de teléfono		
_____ Dirección	_____ Ciudad	_____ Estado	_____ Código Postal

**Nota: Si distinto a la firma del/de la paciente, una copia del papeleo legal verificando el/la representante personal del/de la paciente DEBE acompañar la solicitud (es decir, guardián nombrado por tribunal, poder legal duradero para atención y cuidado de la salud).*