



AVISO DE LAS PRACTICAS DE PRIVACIDAD

Yo reconozco que se me a dado una copia de Aviso de Privacidad que esta oficina práctica.

Nombre letra de molde

Fecha

Firma del paciente * (o representante legal)

Fecha de nacimiento

*Si el representante legal es el que firma, documentación legal deberá ser incluido por las autoridades para firmar o recibir la información. Esta forma deberá se ser renovada cada 6 años.

Para el uso de la oficina solamente:

Intentamos de obtener autorización por escrito que este aviso a sido dado ael paciente pero no pudo ser obtenido por la siguiente razón:

- Individuo se reusó a firmar
- El obstáculo de comunicación nos prohibió que el aviso fuera recibido
- Surgió una emergencia que nos prohibió que obtuviéramos dicha autorización
- Otro, favor de explicar

Abajo es una lista de los individuos que yo autorizo a recibir mi información médica de Colorado Kidney Care. Esto incluye contactos de emergencia, cónyuge, amigos y familiares.

- Señale aquí si no autoriza acceso a su información médica a ningún miembro de la familia, amigo/a, o contacto de emergencia. Esto excluye a profesionales médicos, doctores y hospital.

| Contacto de Emergencia: | | |
|--------------------------------|----------|----------|
| Nombre | Relación | Teléfono |

| | | |
|--------|----------|----------|
| Nombre | Relación | Teléfono |
|--------|----------|----------|

| | | |
|--------|----------|----------|
| Nombre | Relación | Teléfono |
|--------|----------|----------|

| | | |
|--------|----------|----------|
| Nombre | Relación | Teléfono |
|--------|----------|----------|

| | | |
|---|---|---|
| Ano: _____ / _____ Fecha / iniciales | Ano: _____ / _____ Fecha / iniciales | Ano: _____ / _____ Fecha / iniciales |
|---|---|---|