RENAL ASSOCIATES, P.A.

Autorización y Consentimiento

Iniciales	Autorización para la Liberación de Registros Médicos
_____	Autorizo Renal Associates, PA, para liberar cualquier información médica, incluyendo diagnóstico, radiografías, resultados de pruebas, informes y registros relacionados con cualquier tratamiento o examen rendido a mí. Entiendo que esta información médica puede ser utilizado para cualquiera de los fines siguientes: diagnóstico, seguros, legales, de continuidad de la atención y tratamiento médico.
Iniciales	**Consentimiento para el Tratamiento**
_____	Como adulto y / o tutor legal, estoy de acuerdo para permitir que los médicos y / o personal clínico en Renal Associates, PA, para brindar atención médica a mí mismo, a mi hijo, o el paciente que representan según corresponda. Al firmar abajo, yo estoy de acuerdo en permitir que el médico y / o el personal clínico para llevar a cabo la atención médica necesaria o apropiada incluyendo exámenes físicos, diagnóstico y tratamiento.
Iniciales	**Asignación de Beneficios**
_____	Por la presente hago autorizar el pago directamente a Renal Associates, PA, para beneficios médicos de otro modo pagaderos a mí. Hago autorizo a mi compañía de seguros y / o la administración de la seguridad social (Medicare) para revelar a Renal Associates, PA, información con respecto a mi cobertura de seguro, incluyendo, pero no limitado a la verificación de mi examen y / o tratamiento a mi compañía de seguros y / u otro pagador de terceros.
Iniciales	**Aviso de Prácticas de Privacidad de Reconocimiento**
_____	Su nombre y firma en esta hoja indican que usted ha leído y ha ofrecido una copia de los Asociados renales, PA Aviso de prácticas de privacidad (Aviso) en la fecha indicada. Si usted tiene alguna pregunta con respecto a la información de Renal Associates Prácticas, por favor no dude en ponerse en contacto con un representante de la clínica o nuestro Oficial de Privacidad como se indica en el Aviso.
Iniciales	**Divulgación de Datos**
_____	DOY MI CONSENTIMIENTO para TODOS los proveedores participantes para acceder a todos de mi información médica electrónica a través de mis compañías de seguros designados Health Information Exchange (HIE) en relación con la provisión de mí cualquier servicio de atención de la salud, incluida la atención de emergencia y DOY MI CONSENTIMIENTO a la HIE acceso TODA mi información médica electrónica a través de la HIE en conexión con proporcionarme cualquier servicio de atención de la salud, incluida la atención de emergencia.
Iniciales	**Divulgación de información**
_____	Además, su nombre y su firma abajo representan su Solicitud y Autorización para Renal Associates, PA a divulgar información según lo especificado por usted al paciente como se señala en esta Autorización: Autoriza a un familiar u otra persona identificada por usted, el paciente, a tener acceso a sus registros médicos / información? **SI o NO (POR FAVOR MARQUE)** En caso afirmativo, especifique miembro de la familia o de otros nombres de persona que usted autorice a sus registros médicos e información: Nombre: _____ Relación: _____ Teléfono: _____ Nombre: Relación: Teléfono:

He leído y entendido la Autorización para la divulgación de registros médicos, consentimiento para el tratamiento, la asignación de beneficios, y el Aviso de prácticas de privacidad.

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Firma del Paciente o Guardian Legal: _____ Fecha: _____

Relacion con el Paciente: _____

Firma del Testigo: _____ Fecha: _____