



FORMA DE AUTORIZACIÓN DEL PACIENTE

DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA	INICIALES
Autorizo a San Antonio Kidney para la liberación o divulgación de toda información médica protegida acerca de mí para llevar a cabo el tratamiento, pago y operaciones de atención médica.	

AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO	INICIALES
Autorizo a los proveedores de cuidado de la salud en San Antonio Kidney que pueden realizar un examen físico y otorgar me (o el paciente que representó) cualquier tratamiento médico que se considere necesario	

RESPONSABILIDAD FINANCIERA Y ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS DE SEGURO	INICIALES
Entiendo que soy el responsable en última instancia del pago de mi cuenta. Entiendo que es mi responsabilidad de proveer información de mi aseguradora, e incluir cualquier cambio a San Antonio Kidney. Entiendo que soy responsable por cualquier remisión o autorización que mi aseguradora pueda requerir y por cualquier cargo no cubierto por mi aseguradora, al incluir los co-pagos, deducibles y coseguro. Autorizo el pago de beneficios que sean pagados directamente a San Antonio Kidney. Entiendo que soy responsable financiero de cualquier balance y cargo no cubierto por esta asignación.	

AVISO DE PRIVACIDAD	INICIALES
Reconozco que San Antonio Kidney me ha facilitado una copia del Aviso de Privacidad en la cual explica como mi información de salud protegida (PHI) puede ser usada o liberada.	

Escribir Nombre de Paciente

Firma de Paciente o Representante Legal

Fecha