



23920 Katy Freeway, Suite 560  
Katy, TX 77494  
281-394-0266 Teléfono  
281-396-4340 Fax

Esta es solo una página de firma que se escaneará en su expediente. Al completar estas secciones y firmar a continuación, usted acuerda que ha leído y aceptado todos los formularios asociados. **Si usted no está de acuerdo con alguna de las secciones a continuación, no podremos continuar con su visita. Informe a la recepción si tiene alguna pregunta o inquietud que le gustaría discutir.** Creamos este formulario para facilitar que los pacientes completen papeleo, y para ahorrar papel.

**AUTORIZACIÓN ESTÁNDAR DE USO Y DIVULGACIÓN DE SALUD PROTEGIDA**  
INFORMACIÓN - Personas a quienes se les puede revelar información

\*Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_  
\*Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_  
\*Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

**INICIALES** a continuación:

\_\_\_\_\_ He leído y entiendo el **Aviso de prácticas de privacidad de HIPAA.**

\_\_\_\_\_ He leído y entiendo el acuerdo de información de **Consulta de Telemedicina**

\_\_\_\_\_ He leído y entiendo la **Política de cancelación** y sé que se me cobrará una tarifa si cancelo.  
reprogramar sin un aviso de 24 horas, o no me presento para mi cita o procedimiento.

\_\_\_\_\_ He leído y entiendo el **aviso anticipado del beneficiario** para cualquier evaluación futura  
Colonoscopia.

\_\_\_\_\_ He leído y entiendo el **Acuerdo de servicio de laboratorio de patología.**

\_\_\_\_\_ He leído y entiendo la **autorización previa de registros médicos.**

\_\_\_\_\_ He leído y entiendo la **responsabilidad financiera.**

Nombre en letra de imprenta \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_