



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 _____