

**MÉDICOS NEFROLOGÍA KANSAS, P.A.**  
**RECONOCIMIENTO DEL AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD**

He estado provando con los médicos Nefrología de Kansas, "Aviso de prácticas de privacidad de información de salud protegida (privacidad)" de P. A. que describe cómo mi información médica es utilizada y divulgada y cómo puedo acceder a esta información. Entiendo que Kansas Nefrología médicos, P. A. se reserva el derecho de cambiar su aviso. Entiendo que puedo obtener una copia en cualquier momento por parar la oficina u oficial de la práctica de privacidad al (316) 263-7285.

Firma del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre impreso del paciente: \_\_\_\_\_

Paciente fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

**O**

Representante personal del paciente: \_\_\_\_\_

Descripción de la autoridad del representante para actuar para el paciente: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_