



KIDNEY DISEASE • HYPERTENSION • ADULT MEDICINE • TRANSPLANTATION • DIALYSIS

Renal Care Consultants, PC (541) 618-4400

ACKNOWLEDGEMENT OF NOTICE OF PRIVACY PRACTICES RECONOCIMIENTO DE AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

I acknowledge that I have received and understand the *Notice of Privacy Practices* that outlines that *Renal Care Consultants, PC* may:

Reconozco que he recibido y entiendo el *Aviso de Prácticas de Privacidad* que describe que *Renal Care Consultants, PC* puede:

- **Disclose my information for treatment purposes and to coordinate my medical care.**
Divulgar mi información para fines de tratamiento y para coordinar mi atención médica.
- **Disclose my information to ensure that I receive insurance benefits.**
Divulgar mi información para asegurar que reciba los beneficios del seguro.
- **Disclose my information internally to enhance the operation of its practice. This includes *Renal Care Consultants'* commitment to reviewing the quality of care that is provided.**
Divulgar mi información internamente para mejorar el funcionamiento de su práctica. Este incluye el compromiso de *Renal Care Consultants'* de revisar la calidad de la atención que se brinda.
- **Disclose my information to comply with a limited number of legal requirements, as outlined in the *Notice of Privacy Practices*.**
Divulgar mi información para cumplir con una cantidad limitada de requisitos legales, como se describe en el *Aviso de Prácticas de Privacidad*.

I understand that additional information regarding each of the above disclosures is provided in the full *Notice of Privacy Practices* that has been provided to me on this date, and that only the minimum amount of information necessary will be disclosed for the purpose it was requested.

Entiendo que se proporciona información adicional sobre cada una de las divulgaciones anteriores en el *Aviso de Prácticas de Privacidad* completo que se me proporcionó en esta fecha, y que solo se divulgará la cantidad mínima de información necesaria para el propósito para el que se solicitó.

I understand that I have the right to request a secure copy of my medical records electronically.

Entiendo que tengo derecho a solicitar una copia segura de mi expediente medico de forma electrónica.

Patient Name

Nombre del Paciente

Date of Birth

Fecha de Nacimiento

Patient Signature

Firma del Paciente

Date

Fecha