

Formulario de Inscripción del Representante de Pacientes y Familia

Candidato(a)
es:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Paciente de Diálisis en el Centro | <input type="checkbox"/> Paciente de Hemodiálisis en el Hogar |
| <input type="checkbox"/> Paciente de Diálisis Peritoneal | <input type="checkbox"/> Paciente Trasplantado |
| <input type="checkbox"/> Miembro de la Familia / Cuidador | |

Nombre

Teléfono de Hogar

Celular

Email

Este acuerdo es entre el paciente y/o miembro de la familia candidato(a) y el centro de diálisis.

Al firmar este acuerdo, el candidato reconoce y acepta:

- Su participación es voluntaria.
- Estar dispuesto(a) en ser el Representante de Pacientes y Familia del centro y participar en las reuniones de QAPI, ya sea en persona o por teleconferencia.
- El derecho de renunciar al rol de Representante de Pacientes y Familia, pero deberá proporcionar amplio aviso al personal del centro para permitir el reclutamiento de un nuevo representante.
- El personal del centro puede revocar la membresía del candidato en cualquier momento.
- La información del paciente es confidencial y respetará la privacidad de otros pacientes.
- Cumplir con “lo que debe y no debe hacer”

Por favor lea las siguientes declaraciones (todas deben ser verificadas para ser considerado(a)):

He leído las responsabilidades de los miembros y la política de participación / membresía y estoy de acuerdo en cumplirlas al máximo de mi capacidad.

Además autorizo a mi centro a usar mi nombre cuando sea necesario en las actas de las reuniones y en informes a los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) y otra documentación.

Firma del Candidato(a): _____

Fecha: _____

Si se selecciona al candidato como Representante de Pacientes y Familia del centro para unirse al personal de las reuniones de QAPI, el personal deberá firmar este formulario.

Director Médico/Nefrólogo

Gerente Clínico

Trabajador Social

Enfermera a Cargo

Dietista