

# Formulario de Registro del SME Representante

Candidato(a) es:

- Paciente en Centro de Diálisis
- Paciente de Diálisis Peritoneal
- Familiar/Cuidador

- Paciente de Hemodiálisis en el Hogar
- Paciente Trasplantado

Nombre

Teléfono del Hogar

Teléfono Celular

Email

Nombre del Centro de Diálisis

Este acuerdo es entre el paciente/ miembro de familia candidato(a) y el centro de diálisis. **Al firmar este acuerdo, el candidato(a) reconoce/acuerda que:**

- Su participación es voluntaria.
- Está dispuesto(a) en ser el SME de centro y participar en las reuniones de QAPI del centro durante su tiempo personal, ya sea en persona o a través de teleconferencia.
- Tiene el derecho de renunciar si no puede continuar, pero proporcionará amplio aviso al personal del centro para permitir el reclutamiento de otro SME.
- El personal del centro puede revocar su membresía en cualquier momento.
- Información de paciente es confidencial y respetará la privacidad de otros pacientes.

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

He leído las responsabilidades de los miembros y la política de participación/membresía y estoy de acuerdo en cumplirlas a la medida que pueda.

Además autorizo a mi facilidad a usar mi nombre cuando sea necesario en minutas de reunión y en los informes a los Centros para los Servicios de Medicare y de Medicaid (CMS) u otra documentación.

Firma del Candidato(a): \_\_\_\_\_

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

*Para uso del personal solamente*

*Si el candidato es seleccionado como el SME de la unidad para unirse a las reuniones de QAPI el personal debe firmar este formulario.*

Director Médico/Nefrólogo

Gerente Clínico

Trabajador Social

Enfermera a Cargo

Dietista