

TO WHOM IT MAY CONCERN

From: Satellite Healthcare Center Management Team

Re: Patient Access to **Satellite Healthcare/WellBound Center**
_____ for **Patient** Named: _____

For In-center dialysis patients:

Patient named above must report to the center listed above on **MWF / TTS** at: _____
am/pm

Satellite Healthcare provides in-center and/or home dialysis treatment for patients with kidney failure. Satellite Healthcare hereby authorizes this patient to report to our center location for dialysis, a life-saving kidney replacement treatment.

These treatments are provided at least 3 times per week. It is imperative that this patient arrive to the center for their treatment.

For home dialysis patients:

Patient named above is required to see the physician and home nurse for their visits 1-2 time a month.

During home dialysis training, patient is required to be at the center 5 times per week.

Should you have any concerns please call our center location at the phone number: _____

Center Manager: _____ Date: _____

A Quien Corresponda

From: Equipo de Manejo de Satellite Healthcare

Re: Acceso del Paciente al Centro de **Satellite Healthcare/WellBound**

_____ Para el Paciente Nombrado: _____

Pacientes con dialisis en el centro:

El paciente mencionado anteriormente debe reportarse al centro mencionado anteriormente en los dias **MWF / TTS en:** _____ am/pm

Satellite Healthcare proporciona trataminetos de dialysis en el centro y/o en el hogar para pacientes con insuficiencia renal. Satellite Healthcare autoriza a este paciente a reportarse a nuestra ubicacion central para dialysis, un tratamiento de reemplazo renal que salva vidas.

Estos tratamientos se proporcionan al menos 3 veces por semana. Es imprescindible que este paciente llegue al centro para su tratamiento.

Si tinene alguna inquietud, por favor llame al numero de telefono: _____

Para el paciente de dialisis en el hogar:

Se requiere que el paciente mencionado anteriormente vea al medico y a la enfermera a domicilio pra sus visitas 1-2 veces al mes.

Durante el entrenamineto de dialysis en el hogar, se requiere que el paciente este en el centro 5 veces por semana.

Gerente del Centro: _____ Fecha: _____