

Formulario de autorización del representante del paciente

Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____ Número del seguro social: _____

TENGA EN CUENTA: Este formulario no sirve como poder de atención médica del estado de Nueva York o como poder notarial para atención médica

Información del representante del paciente

Por la presente doy permiso a Crystal Run Healthcare, sus médicos, empleados y representantes, para que conversen sobre todos los aspectos de mi atención y tratamiento médico, lo que incluye, sin limitación, mi información médica privada, y para que conversen sobre todos los asuntos de pago con las personas designadas a continuación:

Nombre de la persona: _____

Relación con el paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____ N.º de teléfono: _____

Dirección: _____

Firma del paciente: _____ Fecha: _____

Se debe llenar una autorización aparte para compartir información muy privada, como sobre VIH, tratamiento de consumo de alcohol y sustancias, o información sobre salud mental.

Esto no le otorga al representante del paciente el derecho a acceder a las hojas clínicas o información impresas, y no le da el derecho de pedir las a nombre del paciente.

Para revocar los derechos del Representante del paciente que se menciona anteriormente, se debe llenar un nuevo formulario con información actualizada.