

**Designación del portavoz del paciente  
Designation of Patient Spokesperson**

Yale New Haven Health (YNHHS) y Yale Medicine (YM) permiten a los pacientes designar a un portavoz del paciente. Un portavoz del paciente es un familiar o amigo adulto que el paciente autoriza para hablar sobre su información médica con el equipo de atención médica del paciente con el propósito de coordinar la atención o el pago de la atención. Por ejemplo, un paciente puede querer que su cónyuge o hijo adulto lo ayude con las preguntas de facturación, para programar citas en su nombre o para que se le informe sobre su estado médico. Completar y firmar el formulario de Designación de portavoz del paciente no da autoridad al portavoz para tomar decisiones de atención médica por el paciente.

Entiendo que firmando voluntariamente este formulario, estoy identificando, autorizando y otorgando permiso al familiar o amigo que se menciona abajo para hablar sobre mi información médica con el equipo de atención médica. También soy consciente de que puedo limitar el intercambio de mi información con mi portavoz de paciente, como se indica abajo.

<b>Nombre del paciente (primer nombre, inicial del segundo nombre, apellido):</b>	
<b>Dirección del paciente</b>	
<b>Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA):</b>	<b>Teléfono:</b>
<b>Nombre del portavoz (primer nombre, inicial del segundo nombre, apellido):</b>	
<b>Relación del portavoz con el paciente:</b>	<b>Teléfono del portavoz:</b>

Autorizo al Portavoz que se menciona arriba a recibir información médica sobre mí con el propósito de ayudarme con mi atención médica:

Toda mi información médica

Otro, especifique cualquier limitación o designe un encuentro específico: \_\_\_\_\_

La información revelada puede incluir información sobre el tratamiento del VIH, la salud mental, las enfermedades de transmisión sexual o el consumo de sustancias. Escriba sus iniciales junto a la información que **NO** quiere que se revele al portavoz del paciente:

\_\_\_\_ VIH/SIDA \_\_\_\_ Consumo de sustancias (Consumo de alcohol/drogas) \_\_\_\_ Salud mental \_\_\_\_ Enfermedad de transmisión sexual

- Entiendo que puedo revocar la designación de un portavoz en cualquier momento poniéndome en contacto con PatientIdentity@ynhh.org; sin embargo, si revoco la autorización, no tendrá ningún efecto sobre las acciones que YNHH o YM hizo antes de recibir la revocación.
- Entiendo que esta autorización es voluntaria y que puedo negarme a firmarla.
- Entiendo que el tratamiento, el pago, la inscripción o la elegibilidad para los beneficios no están condicionados a que firme o no esta autorización.
- Entiendo que la información revelada en respuesta a esta autorización puede estar sujeta a una nueva revelación por el destinatario y ya no estará protegida según los términos de esta autorización o por las reglamentaciones federales de privacidad.
- Entiendo que esta autorización permanecerá vigente a menos que yo la revoque.

**FIRMA:**

\_\_\_\_\_  
**Firma del paciente o del representante autorizado\*\***

\_\_\_\_\_  
**Fecha**

*Si no es paciente, indique la relación:* \_\_\_\_\_

**\*\*Debe entregar prueba de autoridad legal (excepto los padres de un menor)**



**Servicios de interpretación (si es necesario):** un intérprete facilitó la comunicación entre los proveedores de atención médica y el paciente o representante autorizado del paciente en \_\_\_\_\_ (idioma) para ayudar a obtener el consentimiento informado o compartir/reconocer la información.

El intérprete transmitió el contenido de la información original expresada por y para ambas partes.

Hora: \_\_\_\_\_ a. m./p. m. Fecha: \_\_\_\_\_

**Marque aquí si respondió:**  Por teléfono  Por video  Presencial  Al personal aprobado del Programa de Competencias Bilingües

**Número de identificación** (solo si fue por teléfono/video): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Nombre del intérprete en letra de molde

\_\_\_\_\_  
Firma del intérprete (solo si fue de manera presencial)