

Designación de vocero para el paciente

Entiendo que, al firmar voluntariamente este formulario, estoy identificando, autorizando y otorgando permiso para que el familiar o el amigo que se indica a continuación acceda a mi información protegida de salud (PHI, por sus siglas en inglés) y converse sobre ella para brindar asistencia con mi atención médica. También soy consciente de que podré limitar el acceso a mis registros si así lo especifico a continuación.

Información del paciente – Por favor utilice letra de imprenta

Nombre del paciente: _____	Fecha de nacimiento: _____
Dirección: _____	
Número telefónico: _____	

Persona autorizada - Por favor utilice letra de imprenta

Nombre: _____	
Dirección: _____	
Número telefónico: _____	Relación con el paciente _____

Le otorgo a la persona que se indica arriba el acceso a:

___ La totalidad de mi PHI – *Tenga en cuenta que también se requiere la casilla individual que se incluye a continuación para acceso a información sobre VIH, atención psiquiátrica y abuso de sustancias.*

___ Otro - Especifique límites o un incidente específico de atención médica _____

Entiendo que esta información de salud puede incluir información relacionada con el VIH o información relacionada con el diagnóstico o el tratamiento de discapacidades psiquiátricas o abuso de sustancias y que, si firmo esta casilla, estoy autorizando específicamente a mi Representante en virtud de la ley HIPAA para que acceda a información relacionada con:	
___	Abuso de sustancias (lo cual incluye abuso de alcohol/drogas)
___	Salud mental
___	Notas de psicoterapia
___	Información relacionada con el VIH (lo cual incluye exámenes relacionados con el SIDA)
La confidencialidad de este registro es requisito según el Capítulo 899 de los Estatutos Generales de Connecticut y también según el Título 42 del Código de los Estados Unidos. Este material no será transmitido a nadie sin el consentimiento o la autorización por escrito según lo expresado en dichos estatutos.	
Firma del paciente para esta casilla: _____	Fecha: _____

1. Entiendo que podré revocar estas designaciones en cualquier momento mediante una notificación por escrito al correspondiente Departamento/Médico de Yale University; sin embargo, el hecho de que yo efectivamente revoque la autorización no tendrá ningún efecto sobre ninguna medida que Yale University haya adoptado antes de recibir la revocación.
2. Entiendo que mi tratamiento o el pago del tratamiento no podrá condicionarse al hecho de que yo firme o no esta autorización.
3. Entiendo que es posible que la información divulgada de conformidad con este formulario sea a su vez divulgada por el destinatario y ya no quede protegida por la ley HIPAA.
4. Entiendo que esta autorización: ***(Debe marcarse una opción)***
 - () vencerá en el plazo de 1 año a partir de la fecha de su firma; o bien
 - () tendrá vigencia durante toda la vida del paciente a menos que sea revocada (consulte el anterior apartado número 1)

Firma del paciente/representante personal: _____ **Fecha:** _____

Nombre del representante personal: _____ **Relación con el paciente** _____

USTED PUEDE NEGARSE A FIRMAR ESTE FORMULARIO