

Autorización de Representante Personal

(ser archivado en el registro médico del paciente)

Nombre del Paciente _____

Fecha de Nacimiento _____

Propósito

Este formulario le permite (al "Paciente") dar permiso (autorización) a los Valley OB/GYN Associates y sus proveedores de cuidado de la salud para divulgar sus datos de salud protegidos (PHI) a una persona que le sirva a Ud. de su Representante Personal. Las informaciones incluidas en esta autorización son datos de salud protegidos, e incluyen diagnóstica, procedimientos, fechas de facturación, y planes de tratamiento.

Cada paciente que desee nombrar a un Representante Personal tiene que completar un formulario de autorización. Por ejemplo, si Ud. espera que su esposo nos llame por Ud., es necesario llenar el formulario. Si no desea nombrar a un Representante Personal, favor de indicarlo abajo. No se le requiere nombrar a un Representante Personal, pero-si no lo hace, nosotros no entregaremos sus datos protegidos a nadie más que pueda escribir o llamar por Ud. Su Representante Personal puede ser cualquier persona que Ud. escoja, como ser su esposo, padre, hijo, amigo, y debe proveer los siguientes datos para cada persona antes de que nosotros podamos considerar a esa persona como su Representante Personal. Si necesita formularios adicionales, podemos hacer copias.

Favor de Notar: Esta autorización no otorga a su Representante Personal la autoridad, ni implícita ni directa, sobre cualquier tratamiento ni las decisiones sobre el cuidado directo.

Empleo y/o Divulgación Autorizada

Entiendo que la política de privacidad de los Valley OB/GYN Associates es de no divulgar mis datos de salud personales salvo con el propósito de las operaciones de tratamiento, pago y cuidado de la salud, o según lo requerido por la ley, sin el consentimiento mío por escrito. Por esta razón, autorizo la divulgación de mis datos de salud protegidos a la(s) persona(s) nombrada(s) abajo con el propósito de ayudar o facilitar el cuidado de mi salud y el pago de los beneficios de salud. Reconozco que mi autorización es voluntaria.

Entiendo que tengo el derecho de limitar los datos divulgados bajo esta autorización. Estas limitaciones han de describirse en la sección de Restricciones.

Representante Personal 1 (Favor de escribir claramente en letra de molde)

Nombre Completo _____ Teléfono _____

Relación con el Paciente _____ Restricciones _____

Representante Personal 2 (Favor de escribir claramente en letra de molde)

Nombre Completo _____ Teléfono _____

Relación con el Paciente _____ Restricciones _____

Esta autorización para divulgar informaciones a mi Representante Personal se vence automáticamente dentro de tres (3) años a partir de la fecha de mi última visita con los Valley OB/GYN Associates. Entiendo que la revocación de esta autorización no afecta ninguna acción tomada previamente ni los datos que ya hayan sido divulgados, basado en esta autorización, antes de recibir mi petición de revocar la autorización. He podido leer y considerar detenidamente el contenido de este formulario. Entiendo que al firmarlo, confirmo mi autorización de que los Valley OB/GYN Associates y sus proveedores de cuidado de la salud pueden divulgar mis datos protegidos de la salud a la(s) persona(s) designada(s) en este formulario, para los propósitos arriba especificados.

Contacto Con Los Resultados Del Examen De Rutina

Se da el permiso (iniciales: si ____ no ____) para el Valley OB/GYN Associates de dejar los resultados del examen en la rutina (por favor marque lo que corresponda: ____ contestador automático; ____ teléfono celular; ____ correo electrónico. Por favor, número de proporcionar el contacto preferida o por correo electrónico los resultados del laboratorio de rutina: _____)

Firma _____ Fecha _____