



# Consentimiento para la Divulgación de Información de Salud a Terceros y Consentimiento por Representación para el Cuidado no Urgente

Nombre de paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Numero de Seguridad Social: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_

## PARA EL PACIENTE - POR FAVOR LEA ATENTAMENTE LAS SIGUIENTES DECLARACIONES

**Propósito de consentimiento:** Al firmar este formulario, usted está consintiendo, donde se indique, en el uso y divulgación de la información médica confidencial a la(s) persona(s) asignada(s) abajo para realizar el tratamiento necesario, actividades de pago y operaciones de atención médica, que incluye otros profesionales de la salud directamente relacionados con su tratamiento y su(s) compañía(s) de seguro. Además, usted está nombrando, donde se indique, la(s) persona(s) asignada(s) abajo como representante(s) para tomar decisiones y autorizar la atención médica no urgente para usted.

**Derecho a Revocar:** Usted tiene el derecho de revocar este consentimiento en cualquier momento presentando una notificación por escrito de su revocación al Departamento de Registros Médicos. La revocación de este consentimiento no afectará ninguna acción que hayamos tomado con respecto a este consentimiento antes de recibir su revocación. Este consentimiento es válido y permanecerá en efecto mientras usted sea paciente de HealthPoint, hasta que usted retira su consentimiento, o hasta que HealthPoint cambie sus servicios y le pida que complete un nuevo formulario de consentimiento.

### INFORMACIÓN DE TERCERO(S) O REPRESENTANTE(S)\*

1. Nombre: \_\_\_\_\_ Relación con el paciente: \_\_\_\_\_

Número de licencia de manejo: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Acceso a la información del paciente respecto al tratamiento o el estado de cuenta

Apoderado para tomar decisiones y autorizar la atención médica no urgente

2. Nombre: \_\_\_\_\_ Relación con el paciente: \_\_\_\_\_

Número de licencia de manejo: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Acceso a la información del paciente respecto al tratamiento o el estado de cuenta

Apoderado para tomar decisiones y autorizar la atención médica no urgente

3. Nombre: \_\_\_\_\_ Relación con el paciente: \_\_\_\_\_

Número de licencia de manejo: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Acceso a la información del paciente respecto al tratamiento o el estado de cuenta

Apoderado para tomar decisiones y autorizar la atención médica no urgente

**RESTRICCIONES**

Identifique cualquier restricción sobre el tipo de información de salud o los servicios médicos para los cuales se da este consentimiento. Si ninguna, indique "ninguna".

---

Identifique cualquier restricción en el marco de tiempo para el que se da este consentimiento. Si ninguna, indique "ninguna".

---

**RECONOCIMIENTO Y FIRMA**

He leído y considerado el contenido de este formulario de Autorización. Entiendo que al firmar este formulario , estoy dando mi consentimiento a HealthPoint para revelar mi información de salud protegida para realizar el tratamiento, actividades de pago y operaciones de atención médica, y/o permitir que un representante tome decisiones y autorice la atención médica no urgente, según lo indicado.

Firma del Paciente o del Representante Legal: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre del Representante Legal: \_\_\_\_\_ Relación con el paciente: \_\_\_\_\_

*\*Las personas deben presentarse con dos formas de identificación.*