

Formulario de representante personal de la HIPAA

Información del paciente – en letra de molde

Patient Information – Please Print

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____
Patient Name Date of Birth

Dirección: _____ Ciudad/estado/código postal: _____
Address City/State/Zip Code

N.º de teléfono más fácil de acceder: _____
Telephone # most easily reached

Autorizo a la persona que se nombra abajo a actuar como mi representante personal respecto a mi información médica protegida (PHI). Esto incluye la autoridad para acceder, recibir y discutir mis registros médicos e información médica. También soy consciente de que podría limitar el acceso a mis registros si lo especifico abajo.

Información de representantes de la HIPAA – en letra de molde

HIPAA Representative Information - Please Print

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____
Patient Name Date of Birth

Dirección: _____ Ciudad/estado/código postal: _____
Address City/State/Zip Code

N.º de teléfono más fácil de acceder: _____
Telephone # most easily reached

Relación con el paciente: _____
Relationship to Patient

Le doy al representante de HIPAA mencionado arriba estos accesos:

I grant to the HIPAA Representative named above access to:

- ☐ **Acceso completo a todos los registros médicos e información médica**—tenga en cuenta que también debe marcar un cuadro separado abajo para el acceso a la información sobre VIH, psiquiatría y abuso de sustancias.

Full access to all medical records and health information – note separate box below is also required for HIV, psychiatric and substance abuse access.

- ☐ **Otros**—especifique los límites o los incidentes médicos específicos: _____
Other - Specify limits or specific health care incident

Al marcar las categorías correspondientes y firmar abajo, yo (el paciente) le doy a mi representante de la HIPAA acceso a información médica adicional. Entiendo que la información en mi registro médico puede incluir información relacionada con el VIH o relacionada con el diagnóstico o el tratamiento de discapacidades psiquiátricas o abuso de sustancias y que, al firmar esta casilla, autorizo específicamente a mi representante de la HIPAA a acceder a la información de abajo: **(debe firmar cada área a la que quiere que el representante de la HIPAA tenga acceso)**

_____ Información sobre el alcohol, las drogas o las adicciones
Alcohol, drug, or substance abuse information

_____ Información sobre el SIDA o el VIH (incluyendo pruebas y resultados relacionados con el SIDA)
AIDS, HIV-related information (including AIDS related testing and results)

_____ Información sobre la salud mental
Mental Health

_____ Información sobre las enfermedades de transmisión sexual
Sexually Transmitted Disease information

_____ Información genética
Genetic information

_____ Información de investigación
Research Information

La confidencialidad de este registro es obligatoria por la ley estatal y federal de Nueva York. Este material no debe transmitirse a nadie sin consentimiento o autorización por escrito.

Firma del paciente para este recuadro: _____
Signature of Patient for this box

Fecha: _____
Date

La confidencialidad de este registro es obligatoria por la ley estatal y federal de Nueva York. Este material no debe transmitirse a nadie sin consentimiento o autorización por escrito.

1. Entiendo que puedo revocar esta designación del representante de la HIPAA en cualquier momento notificando al Departamento de Gestión de Información Médica (Health Information Management Department) en la siguiente dirección: **4802 10th Avenue ATTENTION: Health Information Management Department, Brooklyn, NY 11219** por escrito; sin embargo, si revoco la autorización, no tendrá ningún efecto sobre las acciones que tomó Maimonides Health antes de recibir la revocación.

2. Entiendo que mi tratamiento o el pago por mi tratamiento no puede depender de si firmo o no esta autorización.

3. Entiendo que el destinatario puede compartir la información revelada según este formulario y que la HIPAA ya no la proteja.

4. Entiendo que esta autorización tendrá vigencia hasta: (Debe marcar una opción)

☐ Que la revoque por escrito el paciente
Revoked in writing by the patient

☐ La siguiente fecha: _____
On the following date

Firma del paciente: _____
Signature of Patient

Fecha: _____
Date

Firma del representante de la HIPAA: _____
Signature of HIPAA Representative

Fecha: _____
Date

(El formulario no es válido a menos que se completen todos los espacios en blanco correspondientes)

***PUEDE NEGARSE A FIRMAR ESTE FORMULARIO**