

Formulario de representación del paciente

Escribir nombre con letra de molde: _____

Fecha de nacimiento: _____

Número de Seguro Social: _____ / _____ / _____

Información del paciente

Esto autoriza a Crystal Run Healthcare LLP para permitir que _____, tal como está designado abajo, esté presente en la sala de examen y autorizo a Crystal Run Healthcare, sus profesionales médicos, empleados y representantes, a discutir sobre todos los aspectos de mi atención médica y tratamiento, incluyendo pero no limitado a mi información de salud protegida, y a hablar sobre todos los asuntos de pago con tales personas. * ESTE FORMULARIO NO SIRVE COMO DESIGNACIÓN DE APODERADO PARA DECISIONES MÉDICAS DEL ESTADO DE NUEVA YORK NI PODER LEGAL PARA ATENCIÓN MÉDICA.

Información del representante

Nombre de la persona: _____

Fecha de nacimiento: _____

Dirección: _____

Número de teléfono: _____

Relación con el paciente: _____

**se requiere completar una autorización por separado para compartir información sumamente delicada, como del VIH, tratamiento por abuso de alcohol y sustancias o de salud mental. ESTO NO OTORGA AL REPRESENTANTE DEL PACIENTE EL DERECHO DE TENER ACCESO A INFORMACIÓN O EXPEDIENTES MÉDICOS IMPRESOS NI LE DA EL DERECHO DE SOLICITARLOS EN NOMBRE DEL PACIENTE. Para poder revocar los derechos del Representante del paciente para discutir o de otra manera tener acceso a su Información de salud personal se debe enviar una revocación a Crystal Run Healthcare LLP.*

Firma del paciente: _____ Fecha: _____