

FORMULARIO DE REPRESENTANTE AUTORIZADO

Formulario HCAI Legal-561 (Nuevo 23/08/31)

- Si deseas darle permiso a otra persona para que te represente o te ayude con tu reclamo, completa las partes A y B a continuación.
- **Si eres el padre, la madre o el tutor legal que presenta este reclamo en nombre de un menor de 18 años, no es necesario que completes este formulario.**
- Si estas presentando este reclamo en nombre de un paciente y estás designado según la ley para actuar en nombre del paciente, por favor, completa sólo la parte B. Debes adjuntar una copia de la documentación que te autoriza legalmente para ser el representante autorizado del paciente.

PARTE A: COMPLETADO POR EL PACIENTE

Autorizo a la persona nombrada a continuación en la Parte B a actuar en mi nombre en mi reclamo presentado en el Departamento de Información y Acceso a la Atención Médica (HCAI, por sus siglas en inglés). Permiso que el personal del HCAI comparta información financiera e información sobre mi estado médico y la atención relacionada con la persona nombrada a continuación. Entiendo y reconozco que estos registros pueden incluir información financiera, facturación, salud médica y mental, abuso de sustancias, VIH, informes de imágenes diagnósticas y otros registros relacionados con el reclamo.

Aprobar esta representación es voluntaria y tengo derecho a cancelarla. Si deseo cancelarla, debo hacerlo por escrito.

1. Firma del Paciente: _____
2. Nombre del Paciente en letra de molde: _____
3. Fecha: _____

PARTE B: COMPLETADA POR LA PERSONA QUE AYUDA AL PACIENTE

4. Nombre del Paciente: _____
5. Nombre del Representante Autorizado: _____
6. Relación con el Paciente: _____
7. Dirección Postal, Ciudad, Estado, Código Postal (5 dígitos), Nombre del País
8. Número de teléfono: _____
9. Dirección de correo electrónico: _____
10. Firma del Representante Autorizado: _____
11. Fecha: _____
12. Se adjunta mi documentación de autoridad legal para ser representante autorizado del paciente. (Marcar si corresponde).