



**EAST LIBERTY FAMILY HEALTH CARE CENTER
AUTORIZACIÓN DEL PACIENTE PARA UN REPRESENTANTE PERSONAL
PATIENT AUTHORIZATION FOR PERSONAL REPRESENTATIVE**

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

mes/ día/ año

Dirección del Paciente: _____

Teléfono: _____ Número de Seguro Social: _____

Propósito de la Autorización:

Autorizo a: East Liberty Family Health Care Center
7157 Mary Peck Bond Place
Attn: Medical Records
Pittsburgh, PA 15206
Phone: 412-661-2802
Fax: 412- 661-8020

A compartir la siguiente información protegida de mi persona /mi niño(a), la persona a continuación, quien está autorizada a actuar como mi representante y de mi niño(a), con el propósito de recibir información médica protegida de mi persona y niño(a). Como mi representante y de mi niño(a), él /ella puede: (marcar con su inicial lo que aplique):

- Agendar citas para servicios de salud
 Tener conversaciones con el profesional de salud acerca de pruebas de rutina y tratamientos (que no requieran un permiso informado)
 Acceso a información médica necesaria para tratamiento y pruebas de rutina con el profesional de la salud.
 Para comunicar asuntos relacionados con cuentas y seguro médico.

Como el representante personal de un menor de edad, él/ella puede: (marcar con su inicial lo que aplique):

- Acompañar a mi niño(a) a sus citas en East Liberty Family Health Care Center.
 Tomar decisiones de naturaleza rutinaria determinadas de acuerdo a la discreción del médico/ enfermera de mi niño(a) durante su cita.

Note: Este formulario no aplica a la entrega de información en tratamiento de salud mental, drogas, alcohol e información comunicable de enfermedades o decisiones importantes de cuidados médicos involucrados.

Nombre del Representante Personal del Paciente

Número telefónico del Representante Personal

Dirección del Representante Personal

Vencimiento o término de la Autorización: Esta autorización permanecerá efectiva hasta que usted le dé término o el menor cumpla 18 años de edad.



**EAST LIBERTY FAMILY HEALTH CARE CENTER
AUTORIZACIÓN DEL PACIENTE PARA UN REPRESENTANTE PERSONAL
PATIENT AUTHORIZATION FOR PERSONAL REPRESENTATIVE**

Derecho a revocar o dar término: Usted tiene el derecho a revocar o dar término a esta autorización al enviar una solicitud por escrito. Por favor comuníquese con el Departamento de Expedientes Médicos al teléfono indicado anteriormente, para las instrucciones en la revocación de esta autorización.

Acciones del Representante: East Liberty Family Health Care Center no tiene control sobre las personas que usted seleccione como representante. Por lo tanto, el compartir información de salud protegida a través de esta autorización, no está protegida bajo los requerimientos de Reglas de Privacidad y no será de nuestra responsabilidad.

Firma del Paciente

Fecha (mes/día/año)

Firma del Guardián Legal /Representante Legal

Fecha (mes /día/año)

Nombre Impreso del Guardián Legal/Representante Legal

Bases de la Autoridad del Guardián legal/Representante Legal

Si usted es el Guardián Legal /Representante Legal proporcionando la autorización legal, por favor marque las bases de la autoridad.

Padre del Menor

Orden de Tutela (copia adjunta)

Poder Legal (copia adjunta)

Otra, por favor especifique: _____

REVOCACIÓN DEL REPRESENTANTE PERSONAL

Yo, _____, por la presente revoco la autorización que he dado

Nombre Impreso Paciente/Padre/Guardián Legal

al representante personal en East Liberty Family Health Care Center, con fecha _____ a
(mes/día/año)

_____. Yo entiendo que esta revocación no aplica a las acciones de East Liberty
Nombre del Representante Personal Indicado
Family Health Care Center tomadas en relación a la autorización firmada anteriormente.

Firma del Paciente

Fecha (mes/día/año)

Firma del Guardián Legal/Representante Legal

Fecha (mes/día/año)

Nombre Impreso del Guardián Legal/Representante Legal