

**Formulario Representante del Paciente**

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

**Información del representante de la paciente:**

Esto permite a Cornerstone Family Healthcare para que \_\_\_\_\_,  
como un designado a continuación, para estar presente en el examen por habitación y me concede permiso para que piedra angular familia salud, sus profesionales, empleados y representantes, para discutir todos los aspectos de mi atención médica y tratamiento, incluyendo pero no limitado a mi información de salud protegida, y discutir todos los pagos de las cuestiones, con tal persona.

- **ESTE FORMULARIO NO SIRVE COMO UN PROXY DE SALUD DEL ESTADO DE NUEVA YORK O PODER DEL CUIDADO DE SALUD.**

**Información representante: (representante debe ser mayores de 18 años)**

Nombre de la persona: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Relación con el paciente: \_\_\_\_\_

- Deberá realizar una autorización separada para compartir información altamente sensible, como el VIH, el alcohol y el tratamiento de abuso de sustancias, o salud mental.
- **Esto no otorga el paciente REPRESENTANTE el derecho de acceso a impresos gráficos médicos o información y no les da derecho a solicitarlos en nombre de pacientes.** Para revocar los derechos del paciente representante para discutir, u otra manera acceder a su PHI, una revocación debe presentarse a la atención médica Cornerstone Family Healthcare.

Firma del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_