



**OTRAS PERSONAS QUE PARTICIPAN EN SU ATENCIÓN MÉDICA**

Este formulario da autorización a fin de que Asante comparta verbalmente información con respecto al tratamiento o condición médica, la cual podría incluir información protegida de atención médica como se indica a continuación:

- Yo mismo/a** Nombre en letra de molde: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_
- Mi dependiente** Nombre en letra de molde: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Al marcar estas casillas con una cruz, doy permiso para que está información específica sea *compartida* oralmente o verbalmente con las personas que he elegido para que participen en mi cuidado:

<input type="checkbox"/> <b>Toda información de Cuidado de Salud como se ha señalado aquí</b>	<input type="checkbox"/> Información de citas (incluir fecha de la cita, hora y duración, profesional de la salud que se visita y preparación para la cita)
<input type="checkbox"/> Diagnóstico	<input type="checkbox"/> Seguro/Reembolso
<input type="checkbox"/> Tratamiento	<input type="checkbox"/> Información acerca de los cobros o facturas de la cuenta
<input type="checkbox"/> Resultados de laboratorio	<input type="checkbox"/> Otros (especificar): _____

Sírvase indicar las personas que desea que participen en su cuidado o el cuidado de su dependiente:

**Nombre de la persona(s)**

**Relación con el paciente**

_____	_____
_____	_____
_____	_____

[ ] Yo entiendo que este formulario no permite que se haga pública mi historia clínica. Todas las solicitudes para las historias clínicas deben ser procesadas a través de la clínica APP o el Departamento de Historias Clínicas de Asante con una autorización por escrito para la divulgación de información.

**Sólo para información de citas**, como se indica arriba, solicito que Asante envíe la información por:

[ ] Email o correo electrónico (no-encryptado) **Nota: Yo entiendo que un correo electrónico no-encryptado aumenta el riesgo de que la información pueda ser leída por un tercero no autorizado.**

[ ] Email (encryptado) **Nota: Los correos electrónicos encryptados requieren un proceso de registración una vez que se recibe el primer correo electrónico.**

Dirección de correo electrónico actual: \_\_\_\_\_

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

Firma de padre o madre/Tutor legal: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

*Este formulario puede ser anulado con solicitud previa y/o actualizado tan a menudo como sea necesario llenando un nuevo formulario, el cual caducará a los 365 días de su suscripción o firma.*

Sírvase devolver el formulario debidamente llenado a su clínica, al Departamento de Historias Clínicas o por correo electrónico a [roi@asante.org](mailto:roi@asante.org)

PATIENT STAMP