



## AUTORIZACIÓN PARA EL ACCESO A INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA

3211 (Rev. 03/23) Página 1 de 1

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

Por este medio nombro como Cuidador a la siguiente persona:

| Nombre | Relación Con el Paciente | Dirección | Teléfono |
|--------|--------------------------|-----------|----------|
|        |                          |           |          |
|        |                          |           |          |
|        |                          |           |          |

Por este medio me niego a nombrar a un Cuidador:

Un "**CUIDADOR**" será cualquier persona debidamente identificada como cuidador por un paciente en los términos de este artículo y que proporcione cuidados posteriores a un paciente que viva en su residencia. Un cuidador identificado puede ser, entre otros, un familiar, una pareja, un amigo o un vecino que tenga una relación significativa con el paciente.

Nombre del paciente \_\_\_\_\_ Fecha/Hora \_\_\_\_\_  
(letra de molde)

Firma del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha/Hora \_\_\_\_\_

### SÓLO PARA USO INTERNO

- El paciente no es capaz de otorgar su consentimiento debido a su afección
- El paciente se negó a firmar

\_\_\_\_\_  
Nombre del miembro del personal del hospital

\_\_\_\_\_  
Fecha y hora