



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