



Designación de Representante personal

Two Identifiers or Patient Label

Registro médico núm.: _____

Nombre: _____

Fecha de nacimiento: _____

Por la presente designo al siguiente representante personal para que me ayude a ejercer mis derechos de información de salud bajo la Declaración de derechos de los pacientes de New Hampshire y la ley federal HIPAA sobre privacidad (*Health Insurance Portability and Accountability Act*, Ley de Transferencia y Responsabilidad de los Seguros de Salud), como se indica a continuación:

Nombre _____ Parentesco o relación _____

Dirección _____ Teléfono _____

Conversaciones verbales:

Autorizo al personal de Dartmouth-Hitchcock (compuesto por Mary Hitchcock Memorial Hospital y Dartmouth-Hitchcock Clinics), Cheshire Medical Center, Alice Peck Day Memorial Hospital (APD), y New London Hospital, incluido el Newport Health Center (NLH), a hablar de mi información protegida de salud, de forma presencial o telefónica, con la persona arriba indicada. Esto incluye la capacidad de concertar, cancelar o reprogramar citas en mi nombre y ayudarme a hacer pagos o consultas sobre mi cuenta de facturación.

Otro:

Asimismo, le otorgo lo siguiente a mi representante personal:

- Acceso de apoderado a mi cuenta del portal de pacientes "myD-H"
- Capacidad de solicitar o recibir copias electrónicas o impresas de mis registros médicos
- Capacidad de autorizar, usar o revelar mi información protegida de salud
- Si mi representante personal es un empleado de Dartmouth-Hitchcock, Cheshire Medical Center o del hospital APD, la capacidad de acceder a todo mi expediente médico por vía electrónica

Comprendo y acepto que la información protegida de salud que estoy autorizando a que Dartmouth-Hitchcock, Cheshire Medical Center, APD y NLH compartan con mi representante personal, puede contener información sobre abuso de drogas/alcohol, salud mental, VIH y/o información de pruebas genéticas.

Comprendo y acepto que esta designación se aplica a todas las áreas clínicas de Dartmouth-Hitchcock, Cheshire Medical Center, APD y NLH.

La presente autorización tendrá vigencia hasta que yo solicite por escrito la revocación a Servicios de Información de Dartmouth-Hitchcock, Cheshire Medical Center Health, APD o NLH Health Information Services. Presentar un nuevo formulario anulará un formulario existente.

Nombre impreso del paciente _____

Fecha _____

Firma del paciente o del Representante legal _____

Nombre del representante legal (si corresponde) _____

"Dartmouth Health (DH)" es la institución matriz de las entidades cubiertas que se indican a continuación, cada una de las cuales es una entidad corporativa individual legalmente separada y distinta de Dartmouth Health. Entre las organizaciones que son miembros, están las siguientes: Alice Peck Day Memorial Hospital, Cheshire Medical Center, Mary Hitchcock Memorial Hospital y Dartmouth Hitchcock Clinic, que operan conjuntamente como "Dartmouth Hitchcock," Mt. Ascutney Hospital and Health Center, New London Hospital, Hanover Psychiatry y Visiting Nurses and Hospice for VT and NH. Las ACE de DH están compuestas solo por miembros de DH que actualmente utilizan un sistema de registro médico electrónico único e integrado, a veces denominado "eDH".

Aprobación de los Servicios de Información de Salud: 11/30/2020

Aprobación del médico experto en el campo (EFMC, en inglés): 12/10/2020

Scan to: Personal Representative