



Designación de Representante personal

Registro médico núm. (MRN, en inglés):

Nombre:

Fecha de nacimiento (DOB, en inglés):

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-Hitchcock Health (D-HH)" is the corporate parent of the covered entities listed below, each of which is an individual corporate entity legally separate and distinct from Dartmouth-Hitchcock Health. Member organizations include: Alice Peck Day Memorial Hospital, Cheshire Medical Center, Mary Hitchcock Memorial Hospital and D-H Clinic, operating jointly as "Dartmouth-Hitchcock," Mt. Ascutney Hospital and Health Center, New London Hospital, and the Visiting Nurses and Hospice for VT and NH. The D-H ACE comprises only of D-HH members who are currently using a single, integrated electronic medical record system, sometimes referred to as "eD-H."

Aprobación de los Servicios de Información de Salud: 11/30/2030

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