

## Solicitud de Representante Personal

Patient Name: \_\_\_\_\_

MRN: \_\_\_\_\_

DOB: \_\_\_\_\_

Texas Tech University Health Sciences Center El Paso (TTUHSC El Paso) valora la privacidad de sus pacientes y asume el compromiso de llevar a cabo su práctica profesional de una manera que promueva la confidencialidad de los pacientes mientras les proporciona una atención de alta calidad. El centro TTUHSC El Paso aceptará solicitudes razonables.

Si necesita copias de su historia clínica, deberá completar un formulario de autorización diferente. Por favor, pida el formulario requerido a un miembro del personal.

- Permiso para recibir o acceder información de salud protegida o dejar mensajes con la(s) siguiente(s) persona(s): Ejemplo: miembros de la familia, amigos, cuidadores personales, etc. No es necesario que detalle los proveedores de atención médica que participan en su atención. El paciente o las personas detallados debajo deben proporcionar al menos uno de los siguientes datos: la dirección, la fecha de nacimiento o los últimos cuatro dígitos del número de Seguro Social del paciente.

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_ N.º de teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_ N.º de teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_ N.º de teléfono: \_\_\_\_\_

- Permiso para llamar a los siguientes números y dejar mensajes (sin divulgar información de salud protegida): **Tenga en cuenta que el centro TTUHSC El Paso no puede dejar los resultados de pruebas específicos ni detalles de planes de tratamiento específicos en contestadores automáticos o en correos de voz, debido a nuestra preocupación por su privacidad.**

N.º de teléfono: \_\_\_\_\_ N.º de teléfono: \_\_\_\_\_

- Permiso para usar la dirección de correo electrónico a fin de proporcionar datos sobre el portal de pacientes en internet e información general acerca del centro TTUHSC El Paso.

Por favor, complete las siguientes preguntas para obtener un nivel adicional de seguridad y que los miembros del personal pueden preguntar si tuviesen inquietudes relacionadas con la divulgación de su información.

**Proporcione al menos una respuesta.**

1. ¿Cuál es el apellido de soltera de su madre? \_\_\_\_\_

2. ¿Cuál es su lugar de nacimiento? \_\_\_\_\_

3. ¿Cómo se llama su abuela? \_\_\_\_\_

4. ¿Cómo se llamaba su primera mascota? \_\_\_\_\_

Fecha

Nombre en letra de imprenta  
(Persona que firma el formulario de consentimiento)

Firma  
(Paciente u otra persona legalmente autorizada)

Relación con el paciente