



**AUTORIZACIÓN PARA EL ACCESO A LA INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA (PHI)**  
(POR FAVOR IMPRIMA)

**NOMBRE DEL PACIENTE** \_\_\_\_\_ **MR #** \_\_\_\_\_

**FECHA DE NACIMIENTO** (mm/dd/aaaa) \_\_\_\_\_ **TELÉFONO** (con código de área) \_\_\_\_\_

Por la presente autorizo a Gulfside Hospice & Pasco Palliative Care a otorgar acceso y solicitar la divulgación de mi registro médico (PHI) en caso de mi fallecimiento a las siguiente(s) persona(s):

1. Nombre \_\_\_\_\_ FDN \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_ Parentesco \_\_\_\_\_
2. Nombre \_\_\_\_\_ FDN \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_ Parentesco \_\_\_\_\_
3. Nombre \_\_\_\_\_ FDN \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_ Parentesco \_\_\_\_\_
4. Nombre \_\_\_\_\_ FDN \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_ Parentesco \_\_\_\_\_

**IMPORTANTE: Por favor, elija un código de acceso oral e ingréselo aquí:**

Este código DEBE ser proporcionado a su(s) persona(s) autorizada(s) para recibir acceso a su PHI.

Por favor asegúrese de suministrar este código de acceso oral a las personas que figuran en este formulario.

|                             |                                |            |
|-----------------------------|--------------------------------|------------|
| Nombre en letra de imprenta | Paciente o representante legal | Parentesco |
|-----------------------------|--------------------------------|------------|

|       |                                |                |
|-------|--------------------------------|----------------|
| Firma | Paciente o representante legal | Fecha de firma |
|-------|--------------------------------|----------------|

|                             |                               |       |
|-----------------------------|-------------------------------|-------|
| Nombre en letra de imprenta | Miembro del equipo de Hospice | Cargo |
|-----------------------------|-------------------------------|-------|

|       |                               |                |
|-------|-------------------------------|----------------|
| Firma | Miembro del equipo de Hospice | Fecha de firma |
|-------|-------------------------------|----------------|

Si el paciente no puede firmar, indique la razón: \_\_\_\_\_

**Entiendo que esta(s) autorización(es) permanecerán vigentes hasta el momento en que yo, o mi representante legítimo en funciones, revoque cualquiera o todas las autorizaciones. Para revocar esta(s) autorización(es), llame al 813-501-8215.**