



## Formulario de CurrentCare for Me para el apoderado

Al completar este formulario, usted le otorga al apoderado acceso a su historia clínica a través de CurrentCare for Me y acceso a Alertas únicamente, según los niveles descritos y seleccionados a continuación.

- El individuo debe estar inscrito en CurrentCare y ser mayor de 18 años.
- El apoderado puede ser cualquier otra persona mayor de 18 años designada por el individuo para que vea su historia clínica.

### Individuo/paciente (complete **TODOS** los campos)

Esta solicitud corresponde a la historia clínica del siguiente individuo en CurrentCare for Me:

Nombre		Segundo nombre		Apellido	
_____		_____		_____	
Dirección				Teléfono †	
_____		_____		_____	
Ciudad	Estado	Código postal	Fecha de nacimiento	Masculino <input type="checkbox"/>	Femenino <input type="checkbox"/>
_____	_____	_____	____/____/____	Transgénero <input type="checkbox"/>	

- Quiero acceso en línea a mi propia historia clínica a través de CurrentCare for Me**, si aún no tengo acceso.  
(Recibirá un correo electrónico de bienvenida con instrucciones para activar la cuenta).

**Dirección de correo electrónico (Obligatorio para ver su registro)**

### Información del apoderado (complete **TODOS** los campos)

Marque **UNA** casilla para conceder acceso a este **apoderado** a los registros de CurrentCare for Me del individuo mencionado anteriormente: **Las alertas para el apoderado** permiten que los apoderados reciban notificaciones por **correo electrónico** o **por mensajes de texto** cuando a sus seres queridos se los interna o se los da de alta de hospitales y establecimientos de enfermería especializada participantes. Marque la casilla a continuación para los derechos de acceso de sus apoderados:

- Un apoderado con **acceso total** puede ver el registro de CurrentCare for Me de otra persona, realizar modificaciones en la cuenta (agregar apoderados, habilitar alertas para apoderados, etc.) y recibir alertas para los apoderados.

**O**

- Un apoderado con **acceso solo a alertas** puede recibir alertas para los apoderados, pero no puede ver el registro de CurrentCare for Me de otra persona ni hacer modificaciones a la cuenta.

Conceda acceso a esta persona a los registros de CurrentCare for Me del individuo mencionado anteriormente:

Nombre		Segundo nombre		Apellido	
_____		_____		_____	
Dirección				Teléfono †	
_____		_____		_____	
Ciudad	Estado	Código postal	Fecha de nacimiento	Masculino <input type="checkbox"/>	Femenino <input type="checkbox"/>
_____	_____	_____	____/____/____	Transgénero <input type="checkbox"/>	

( ) -

Teléfono †

**Dirección de correo electrónico (Obligatorio para CurrentCare for Me)** Enviaremos un mensaje a la dirección de correo electrónico provista con instrucciones para activar el acceso del apoderado a CurrentCare for Me.

Relación del apoderado con el **individuo/paciente** mencionado anteriormente: (Elija uno)

- Cónyuge  Padre  Madre  Hija  Hijo  Pareja  Otro (enumere): \_\_\_\_\_

† Al enviar un número de teléfono a RIQI, acepta que un representante de RIQI pueda comunicarse con usted al número suministrado, posiblemente mediante tecnología automatizada (incluidos los mensajes de texto o SMS) o con un mensaje pregrabado. El consentimiento para comunicarse con usted al número de teléfono suministrado mediante el uso de mensajes automatizados o pregrabados y mensajes de texto no es obligatorio para participar en CurrentCare.

**Complete y firme el formulario al dorso.**





**AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA Y BRINDAR ACCESO AL APODERADO**

Autorizo la divulgación de información médica mediante CurrentCare for Me al apoderado mencionado anteriormente y, al hacerlo, comprendo que estoy autorizando el acceso y la divulgación de toda información de salud mantenida en CurrentCare for Me al individuo mencionado anteriormente; esto incluye información relacionada con abuso de alcohol y sustancias, salud mental o conductual, VIH/SIDA, enfermedades o estudios genéticos, anemia falciforme y enfermedades de transmisión sexual. Si mi información de salud incluye alguno de estos tipos de información, autorizo específicamente la divulgación de dicha información y el acceso a dicha información por parte del apoderado mencionado anteriormente. Esta autorización vencerá si CurrentCare o sus organizaciones sucesoras dejan de existir y en el momento en que ello suceda.

Comprendo que tengo derecho a revocar esta autorización en cualquier momento mediante la presentación de mi solicitud de revocación por escrito o completando el formulario de "Solicitud de revocación de apoderado" y comprendo que la revocación no se aplicará a la información a la que ya se accedió, o que ya se divulgó en conformidad con esta autorización. Comprendo que designar un apoderado y autorizar la divulgación de información de salud a un apoderado es voluntario, y que puedo rehusarme a firmar esta autorización y a designar un apoderado. Comprendo que en caso de que me rehúse a firmar esta autorización, ello no afectará mi capacidad para recibir tratamiento, pagar o inscribirme, así como tampoco afectará mi elegibilidad para beneficios. Comprendo que una vez que mi información de salud se divulga a mi apoderado o este accede a ella, mi apoderado puede a su vez divulgarla, y la información quizás ya no esté protegida por la Ley Federal. También, comprendo que se debe completar en su totalidad, firmar y fechar este formulario de "Acceso de apoderado" para que se lo considere válido, y el apoderado debe activar la función de acceso de apoderado de CurrentCare for Me en el plazo de 30 días desde la fecha de esta autorización.

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
Firma del paciente Fecha

**EN LETRA DE MOLDE** Nombre del paciente

**O**

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
Firma del representante autorizado Fecha

**EN LETRA DE MOLDE** Nombre del representante autorizado

Relación del representante autorizado:

- Tutor legal
- Poder notarial

Para el nombre del paciente: \_\_\_\_\_

**¿Tiene alguna pregunta? Ingrese a nuestro sitio web en [currentcareri.org](http://currentcareri.org) o llame al 888-858-4815**

**SOLO PARA USO ADMINISTRATIVO - Los pacientes o los representantes autorizados no deben completar esta sección**

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
**FIRMA** Nombre del autenticador o notario Fecha

\_\_\_\_\_ **EN LETRA DE MOLDE** Nombre del autenticador o notario