



DESIGNACIÓN DE REPRESENTANTE PERSONAL

Para el Uso y Divulgación de Información Médica Protegida

La Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos (HIPAA por sus siglas en inglés) de 1996, establece que es su derecho tener una (1) o más personas como sus representantes para tomar decisiones acerca del uso y manejo de su información médica protegida. Puede limitar la cantidad de información de salud protegida a la que puede acceder su representante personal autorizado y puede cancelarla en cualquier momento.

DESIGNACIÓN DE UN REPRESENTANTE PERSONAL

Yo, _____ Fecha de Nacimiento mes _____ día _____ año _____
por la presente nombro a la(s) siguiente(s) persona(s) para que actúen como mis representantes personales autorizados con respect a las decisions que involucran el uso y/o el intercambio de información médica protegida que me pertenece. (El/la representante debe tener al menos 18 años de edad.)

<u>IMPRIMIR Nombre de Representante(s) Personal</u>	<u>Relación</u>	<u>Fecha de Nacimiento</u>	<u># de Teléfono</u>
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

No deseo asignar un DPR en este momento.

LÍMITES A LA CANTIDAD DE INFORMACIÓN PROPORCIONADA: marque una

- La(s) persona(s) nombradas anteriormente deben recibir todos los privilegios que se me otorgarían con respecto a mi información médica protegida.
- La(s) persona(s) nombradas anteriormente actúa como mi representante personal designado SOLO para las siguientes funciones: _____

Esta autorización permanecerá vigente por un año, a menos que el/la paciente la revoque efectivamente por escrito antes de esa fecha. Entiendo que puedo cancelar esta designación en cualquier momento firmando la sección de revocación a continuación y devolviéndola a Sunset Health. Entiendo que cualquier cancelación solo puede aplicarse a divulgaciones o acciones futuras con respecto a mi información médica protegida y no puedo cancelar las acciones tomadas o divulgaciones realizadas mientras la designación estaba vigente.

Firma del Paciente/Tutor Legal

Fecha

SECCIÓN DE REVOCACIÓN

Ya no quiero que la(s) persona(s) mencionada(s) anteriormente actúen como mi(s) representante(s) personales.

Firma del Paciente/Tutor Legal

Fecha