



DESIGNACION DE REPRESENTANTE PERSONAL

Para Uso y Divulgación de Información Protegida de Salud

No debe de ser Usada para EIC - Medicare

El Acta de Contabilidad y Portabilidad para la Asegurancia de Salud de 1996, dice que Usted tiene el derecho de tener una o más personas que actúen como su representante; para tomar decisiones acerca de compartir y usar su información protegida de Salud. Usted puede limitar la cantidad de información protegida de Salud para el(los) representante(s) que usted decida, y Usted puede cancelar ésta en cualquier momento. Envision, en el ejercicio de juicio profesional, puede decidir si esto no es lo mejor para los intereses del individuo a tratar como representante personal del mismo. Vea la Póliza y Procedimientos de Privacidad de Envision sobre *Representantes Personales*, según en 45 C.F.R. 164.502(g).

Fecha: _____

DESIGNACION DE REPRESENTANTE PERSONAL

Yo, _____ (escriba su nombre) por medio de la presente declaro a la siguiente persona para que actúe como mi representante personal con respecto a las decisiones que impliquen el uso/ o compartir información protegida de Salud que se refiera a mí persona.

(Escriba el Nombre del Representante Personal)

(Relación con la persona)

LIMITES PARA LA INFORMACION QUE SERA OTORGADA – Porfavor marque una:

_____ La persona nombrada arriba es para que se le de toda clase de privilegios que se me darían a mí con respecto a mi información protegida de Salud.

_____ La persona nombrada arriba es para que actúe como mi representante personal designado SOLAMENTE para la(s) siguiente(s) función(es):

Yo entiendo que puedo cancelar esta designación en cualquier momento al firmar la sección de revocación en la parte de abajo y regresarla (Registros Médicos) a la dirección enlistada abajo. Yo entiendo que cualquier cancelación puede solamente aplicar a divulgaciones futuras o acciones en referencia a mi información protegida de la Salud y no puede cancelar acciones tomadas o divulgaciones hechas mientras la designación estaba efectiva.

Número de ID del Miembro: _____ Firma: _____

Fecha de Nacimiento : _____ Teléfono: _____

SECCION DE REVOCACION

Ya no quiero que esta persona actúe como mi representante personal.

Número de ID del Miembro: _____ Firma: _____

PORFAVOR DE ENVIARLO A: 2181 E. Aurora Rd, Twinsburg, OH 44087 OR FAX TO: 1-866-250-5178