



DESIGNACIÓN DE REPRESENTANTE PERSONAL

DESIGNATION OF PERSONAL REPRESENTATIVE

PATIENT NAME _____
 DATE OF BIRTH (DOB) _____
 MEDICAL RECORD NUMBER(MRN) _____
 CSN _____

¿POR QUÉ ESTE FORMULARIO?

Según lo exige la Regla de privacidad de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (Health Information Portability and Accountability Act, HIPAA), usted tiene derecho a designar una persona para que actúe en su nombre con respecto a su información médica protegida (protected health information, PHI). Al completar este formulario, usted nos informa su deseo de designar a la persona mencionada como su representante personal. **Consulte la página 2 para ver las instrucciones de devolución.**

Nombre del paciente: _____	Fecha de nacimiento: _____
Dirección: _____	Número de teléfono: _____

1. Designación del representante personal.
 A mi pedido, por el presente designo a la siguiente persona como mi representante personal:

Número de teléfono de la persona designada: _____

Nombre de la persona designada: _____

Relación con el paciente/afiliado: _____

2. Autorizo a que la persona designada mencionada tenga acceso a mi información médica protegida para que pueda hacer lo siguiente en relación con mi atención médica (marque cada casilla que corresponda):

Concertar, cambiar o confirmar citas.
 Firmar la Solicitud para obtener una copia de o el Formulario de autorización para el uso o la divulgación de información médica para pedir que se divulguen mis registros y/o sus copias.
 Hablar con un médico en relación con la coordinación de mi atención.
 Hablar con la Oficina comercial en relación con la facturación.
 Otorgar al apoderado acceso a mi portal del paciente.
 Otro: _____

Nota: Este formulario no reemplaza una Autorización para uso y divulgación de la PHI cuando se solicitan copias de expedientes.

3. Caducidad de la designación. Esta designación caducará como he indicado.

Fecha: _____

4. Denegación de acceso a la PHI. Comprendo y acepto que **MI DESIGNACIÓN COMO REPRESENTANTE PERSONAL PUEDE DECLINARSE SI** : (1) la información proporcionada no es precisa; (2) este formulario no se completa en su totalidad; (3) no firmo abajo; y/o (4) la ley lo prohíbe.

5. FIRMAS PARA LA DESIGNACIÓN

Firma del paciente	Nombre en letra de imprenta	Fecha	Hora
Firma del testigo (opcional)	Nombre en letra de imprenta	Fecha	Hora



CNT 100-NS8720-267SW



REVOCACIÓN DE DESIGNACIÓN DE REPRESENTANTE PERSONAL

REVOCATION OF DESIGNATION OF PERSONAL REPRESENTATIVE

PATIENT NAME _____
DATE OF BIRTH (DOB) _____
MEDICAL RECORD NUMBER(MRN) _____
CSN _____

Según lo exige la Regla de privacidad de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (Health Information Portability and Accountability Act, HIPAA), usted tiene derecho a REVOCAR que una persona actúe en su nombre con respecto a su información médica protegida (PHI). Al completar esta sección del formulario usted nos está informando su deseo de REVOCAR a la persona designada como su representante personal.

Nombre del paciente: _____	Fecha de nacimiento: _____
Dirección: _____	Número de teléfono: _____

1. Nombre del representante personal designado.
A mi pedido, por el presente REVOCO la designación de la siguiente persona como mi representante personal:

Número de teléfono de la persona designada: _____

Nombre de la persona designada: _____

Relación con el paciente/afiliado: _____

Firma del paciente	Nombre en letra de imprenta	Fecha	Hora
Firma del testigo (opcional)	Nombre en letra de imprenta	Fecha	Hora

Instrucciones de devolución:

USPS: Scripps Health Information
10790 Rancho Bernardo Rd
Mail Drop 4S-220
Rancho Bernardo, CA 92127

Correo electrónico: SMFEmailMR@scrippshealth.org
Enviar formato de archivo PDF del documento

Fax: 858-927-5081