



**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