



Designación de Representante Personal

Puede designar a un representante personal que actuará en su nombre en la toma de decisiones relacionadas con la atención médica, lo que incluye cuestiones de tratamiento y pago.

Esta persona puede ser un miembro de la familia, un amigo, un abogado o una parte no relacionada.

Escriba con letra clara para garantizar un procesamiento correcto y rápido.

Nos reservamos el derecho de devolver cualquier formulario ilegible o incompleto.

Por la presente designo a la siguiente persona como mi representante personal:

Nombre: _____

DIRECCIÓN: _____

Código postal: _____

Número de teléfono: _____

Lea atentamente cada una de las siguientes declaraciones antes de firmar este documento.

1. Entiendo que esta designación NO vencerá mientras esté bajo el cuidado del Centro Médico y Dental de Olde Towne, a menos que indique un vencimiento o la revoque. Fecha de caducidad: _____
2. Entiendo que esta designación es voluntaria y se realiza a pedido mío.
3. Entiendo que es posible que la información divulgada ya no esté protegida por las leyes federales de privacidad y que la persona u organización que recibe la información pueda volver a divulgarla.
4. Entiendo que puedo negarme a firmar este formulario de designación. OTMDC no condicionará el tratamiento y no condicionará el pago o la elegibilidad a que yo firme esta designación.
5. Entiendo que puedo revocar esta designación de representante personal en cualquier momento mediante el envío de una notificación por escrito al Funcionario de Privacidad/Seguridad a la dirección que se indica a continuación, y esta revocación será efectiva para futuros usos y divulgaciones de información de salud protegida. Sin embargo, también entiendo que esta revocación no será efectiva para la información que OTMDC ya haya usado o divulgado, basándose en esta designación.

Fecha de firma: _____

Nombre impreso: _____ **Fecha de nacimiento:** _____

Si la persona que firma este formulario no es el miembro, o el padre/tutor de un dependiente menor de 18 años, debe adjuntar una copia completa del documento oficial que indique su autoridad legal para firmar en nombre del miembro (es decir, Poder de abogado, tutor asignado por el tribunal, representante personal, etc.)

Traiga con usted a su cita o envíe un fax a OTMDC, Attn: Privacy Dept., Fax: 757-220-1953. Conserve una copia de esta designación para sus registros. Cualquier información sobre salud mental o abuso de sustancias, que haya sido divulgada a partir de registros médicos u otros registros de atención médica, puede estar protegida por leyes federales y/o estatales. Si los registros están así protegidos, la Regulación Federal (42CFR Parte 2) prohíbe que el destinatario de la información haga más divulgaciones de esta información a menos que dicha divulgación esté expresamente permitida por consentimiento por escrito de la persona a la que pertenece, o de otra manera permitida por (42 CFR Parte 2). Una autorización general para la divulgación de información médica o de otro tipo NO es suficiente para este propósito. Las reglas federales restringen cualquier uso de la información para investigar penalmente o enjuiciar a cualquier paciente que abusa del alcohol o las drogas.