



## DESIGNACIÓN O REVOCACIÓN DE REPRESENTANTE PERSONAL

La Ley de Seguros Médicos y Portabilidad de 1996 (HIPAA, por sus siglas en inglés) le otorga el derecho a que una o más personas actúen como su representante personal para tomar decisiones sobre el uso o la divulgación de su información médica personal. Al completar este formulario, usted está nombrando a una persona como su representante personal autorizado. Puede limitar su acceso y la cantidad de información sobre la que pueden tomar una decisión. *También tiene derecho a cancelar esta designación del representante personal en cualquier momento.*

### SECCIÓN DE DESIGNACIÓN

Yo, \_\_\_\_\_  
Imprima su nombre, dirección y número de teléfono **de la persona**

Por la presente, nombre a la siguiente persona para que actúe como mi representante personal con respecto a las decisiones que involucren el uso y/o intercambio de información de salud que me pertenezca.

Imprime en letra de molde el nombre, la dirección y el número de teléfono **del representante personal**

### LÍMITES A LA CANTIDAD DE INFORMACIÓN DIVULGADA

- A esta persona se le deben proporcionar todos los privilegios que se me proporcionan a mí (individuo) con respecto a mi información de salud.
- Esta persona actúa como mi representante personal solo para las siguientes funciones:

Detalles de la lista: \_\_\_\_\_ /: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ /: \_\_\_\_\_

Entiendo que puedo cancelar la designación en cualquier momento firmando la sección de revocación a continuación. Además, entiendo que cualquier cancelación solo se aplicará a futuras divulgaciones de acciones con respecto a mi información de salud personal y no pueden cancelar acciones o divulgaciones realizadas mientras la designación estaba vigente.

*Conservaré una copia del formulario de designación y/o revocación para referencia personal, y los originales se mantendrán en el archivo durante el período de tiempo designado para dicha retención.*

Firma de la persona: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**Por la presente revoco la designación de \_\_\_\_\_ como mi representante personal.**

Firma de la persona: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Persona designada/Oficial de Privacidad: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_