



LOUISIANA WOMEN'S
Healthcare



Médico: _____ Fecha : _____

Patient Name: _____

DOB: _____ Gender: _____

MRN: _____

CSN: _____

AFFIX LABEL HERE

DESIGNACIÓN DEL REPRESENTANTE PERSONAL

Como lo requiere el acta de portabilidad de la información de salud y el acta de rendición de cuentas de 1996 tiene derecho a designar a una o más personas para actuar en su nombre con respecto a la protección de información de salud que le pertenece a usted. Completando este formulario están informándonos de su deseo de designar a la persona nombrada como su representante personal. Usted puede revocar esta designación en cualquier momento por firmar y fechar la revocación de su copia de este formulario y devolverlo a esta oficina.

SECCIÓN DE DESIGNACIÓN

Yo, _____ (nombre en imprenta) SS _____ - _____ - _____
o FDN ____ / ____ / ____ por la presente designo a la persona siguiente para actuar como mi representante personal con respecto a las decisiones que implican el uso y/o divulgación de información de salud que me pertenecen o para la interpretación de idioma:

(Escriba en letra de imprenta la representante personal)

La autoridad de esta persona al actuar como mi representante personal se restringe a las siguientes funciones:

_____ (inicial) **A esta persona se le otorgaran todos los privilegios que se me otorgarian con respecto inicial a mi información de salud.**

- o -

_____ (inicial) **A esta persona se le otorgaran todos los privilegios que se me otorgarian con respect inicial a mi información de salud, except:** (por favor especifique) _____

Entiendo que puedo revocar esta designación en cualquier momento firmando la sección revocación de mi copia de este formulario y devolverlo a Louisiana Women's Healthcare (LWH). Además, entiendo que dicha revocación no se aplica en la medida en que las personas autorizadas para usar o divulgar mi información de salud ya hayan actuado en dependencia de esta designación.

Firma del paciente: _____

Fecha: _____

SECCIÓN DE REVOCACIÓN (Para ser firmado solo si se revoca la designación anterior).

Por la presente revoco esta designación de un representante personal.

Firma del paciente : _____

Fecha: _____