



DESIGNACIÓN DE UN REPRESENTANTE PERSONAL

Name

MR#

DOB

Source

Date

Patient Identification

De acuerdo con lo que exige la Ley sobre la Responsabilidad y Comunicación de Información Médica de 1996, usted está en su derecho de nombrar a una o más personas para que actúen en su nombre respecto a la protección de la información médica referente a usted. Al llenar esta forma usted nos informa su deseo de designar a la persona que mencione como su representante personal. Usted puede revocar esta designación en cualquier momento si firma y pone la fecha en la sección de revocación en su copia de esta forma y la devuelve a esta oficina.

SECCIÓN PARA LA DESIGNACIÓN

Solicito que la persona que se menciona a continuación actúe como mi representante personal respecto a las decisiones que haya que tomar que involucren el uso y/o la publicación de mi información médica

Nombre: _____

Domicilio: _____

Teléfono: _____

¿Qué parentesco o relación tiene esta persona con usted? _____

A esta persona se le deben proporcionar todos los privilegios que se me proporcionarían a mí respecto a mi información médica protegida.

Entiendo que puedo revocar esta designación en cualquier momento si firmo la sección de revocación en mi copia de esta forma y la devuelvo a:

Health Information Services
UCSD Medical Center
200 W. Arbor Drive, # 8825
San Diego, CA 92103-8825

Además, entiendo que dicha revocación no aplica si esa persona o personas autorizada(s) para usar o publicar mi información médica protegida ya han tomado acciones en mi nombre.

Fecha: _____

Firma del (la) Paciente

SECCIÓN PARA LA REVACAIÓN

Por medio de la presente revoco esta designación de un representante personal.

Fecha: _____

Firma del (la) Paciente