

**TECHE ACTION BOARD, INC.
DBA TECHE ACTION CLINIC**



FORMULARIO REPRESENTATIVO DE DESIGNACION PERSONAL

La ley federal dice que Teche Action Clinic (Agencia) no puede compartir su información médica sin su permiso, except en ciertas situaciones. Si usted firma este formulario, usted está dando el permiso a la Agencia para el tratamiento de la persona(s) que usted nombre como su representante personal, y permiso para compartir su información de salud con esa persona.

- Usted puede nombrar a más de una persona como sus representantes personales.
- Esta designación Representante Personal durará hasta que le indique a la Agencia que ya no quiere tratar a la persona(s) que usted nombra como su representante personal.
- Derecho a revocar: Si decide que ya no quiere que la Agencia trate a la persona(s) que usted nombra como su Representante Personal, firme la revocación al final de este formulario u entregue este formulario a la Agencia. Cualquier revocación solo puede aplicarse en y después de la fecha en que la Agencia reciba la revocación. La Agencia no puede cancelar las revelaciones que hizo al Representante personal antes de recibir la revocación.
- Usted puede mantener una copia de este formulario de Designación de Representante Personal u puede ponerse en contacto con Teche Action Clinic para obtener una copia si usted no tiene una.

Nombre del Paciente _____ **Fecha de Nacimiento** _____

Número de Cuenta del Paciente _____ **NSS** _____

Nombro a la persona(s) siguiente(s) a actuar como mi Representante(s) Personal(es):

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____

_____ Esta persona tiene todos los derechos que tengo respecto a mi información de salud que le Agencia tiene.

_____ Esta persona está actuando como mi Representante Personal solo para estas funciones.

Plazo de Autorización: La Agencia puede compartir mi información de salud a partir de la fecha de este Formulario de Designación de Representante Personal hasta que yo revoque la Designación del representante personal al firmar la revocación de abajo, y entregue a la revocación de la Agencia.

Firma: _____ **Fecha:** _____

REVOCACIÓN:

Ya no quiero a la persona(s) nombrada para actuar como mi representante personal.

Firma: _____ **Fecha:** _____



Your Primary Care Medical Home