

## FORMA DE HIPPA

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Este formulario le permite dar permiso a Frank Eye Center hablar sobre su información protegida de salud con una persona que usted designe como su representante personal.

**No está obligado a nombrar a un representante personal**, pero si no lo hace, no divulgaremos su información médica protegida a alguien que pueda llamar en su nombre. Su representante personal puede ser cualquier persona de su elección, como un cónyuge, padre, hijo o amigo. Una vez que nos devuelva este formulario complet, firmado y fechado, podemos verificar su solicitud, ajustar nuestros registros en consecuencia y hablar con su representante personal.

Usted puede revocar esta designación de un Representante Personal en cualquier momento mediante notificación por escrito al Oficial de Privacidad. (Por favor, marque uno a continuación)

- Me niego a nombrar a un representante personal. Marque la casilla, firme y feche este formulario. \*\*\*
- Acceso restringido. Todas las solicitudes solo aprobadas por el paciente. \*\*\*

### 1.) Representante Personal

Nombre completo: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_  
Teléfono de contacto: \_\_\_\_\_

Limit en los asuntos que su representante personal pueda discutir: <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO En caso afirmativo, especifique (ejemplo: médico, financiero, etc.):
--

### 2.) Representante Personal

Nombre completo: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_  
Teléfono de contacto: \_\_\_\_\_

Cualquier limitación en los asuntos que su representante personal pueda discutir: <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO En caso afirmativo, especifique (ejemplo: médico, financiero, etc.):
---

- Esta autorización expira a los tres años de la fecha de la firma, a menos que especifique una terminación anterior. Debe enviar un nuevo formulario de autorización después de la fecha de vencimiento para continuar con la autorización. Indique la fecha de vencimiento si es anterior al final del año calendario: \_\_\_\_\_
- Usted tiene el derecho de terminar esta autorización en cualquier momento enviando una solicitud por escrito a nuestro Gerente de Privacidad. La terminación de esta autorización será efectiva mediante notificación por escrito, excepto cuando ya se haya realizado una divulgación basada en una autorización previa.
- El consultorio no pone ninguna condición para firmar esta autorización sobre la prestación de atención médica o tratamiento.
- No tenemos control sobre la(s) persona(s) que usted ha indicado para recibir su PHI. Por lo tanto, es posible que su PHI divulgada bajo esta autorización ya no esté protegida por los requisitos de la Regla de Privacidad y ya no sea responsabilidad de la práctica.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente o representante autorizado

\_\_\_\_\_  
Fecha