OLE HEALTH

DESIGNACIÓN DE REPRESENTANTE PERSONAL

Etiqueta del paciente

Nombre del paciente:_____Fecha De Nacimiento:_____Teléfono: (____)_____

Dirección:_____Ciudad_____Estado_____C.P.: _____

DESIGNACIÓN DE REPRESENTANTE PERSONAL

Tiene derecho a elegir a una o más personas para que actúen en su nombre con respecto a su Información Médica Protegida (PHI, por sus siglas en inglés). La PHI incluye información sobre tratamientos o afecciones relacionadas con su visita, lista de medicamentos, programación de citas, órdenes y resultados de laboratorio, y más. Al llenar este formulario, nos informa que autoriza a sus representantes personales a escuchar/consultar su información médica protegida y a tomar decisiones sobre tratamientos en su nombre. Únicamente le da a su representante personal acceso a la información a la que **USTED** le permita acceder. Complete este formulario en su totalidad para que podamos facilitarle a usted y a su representante la información correcta. Este formulario puede revocarse en cualquier momento.

El personal de OLE Health puede limitar la información compartida a los Representantes Autorizados a la mínima cantidad de información necesaria para lograr el propósito previsto.

Autorizo al OLE Health a tratar a la(s) persona(s) abajo indicada(s) como Representante(s) Autorizado(s) de mi cuenta:

Nombre (nombre y apellido): Relación con el paciente: Fecha de Nacimiento: Teléfono:	____Registros dentales ☐ Registros dentales (historial dental e información sobre visitas) ☐ Imágenes dentales (rayos-X) ____Historial médico ☐ Toda la información personal de salud (Excepto salud conductual, abuso de sustancias, VIH/SIDA, salud sexual) ☐ Únicamente registros especificados: (Por favor descríbalos): _____ _____
Nombre (nombre y apellido): Relación con el paciente: Fecha de Nacimiento: Teléfono:	____Registros dentales ☐ Registros dentales (historial dental e información sobre visitas) ☐ Imágenes dentales (rayos-X) ____Historial médico ☐ Toda la información personal de salud (Excepto salud conductual, abuso de sustancias, VIH/SIDA, salud sexual) ☐ Únicamente registros especificados: (Por favor descríbalos): _____ _____
Nombre (nombre y apellido): Relación con el paciente: Fecha de Nacimiento: Teléfono:	____Registros dentales ☐ Registros dentales (historial dental e información sobre visitas) ☐ Imágenes dentales (rayos-X) ____Historial médico ☐ Toda la información personal de salud (Excepto salud conductual, abuso de sustancias, VIH/SIDA, salud sexual) ☐ Únicamente registros especificados: (Por favor descríbalos): _____ _____

OLE HEALTH

DESIGNACIÓN DE REPRESENTANTE PERSONAL

Etiqueta del paciente

NOTA:

Su historial médico puede incluir información que hace referencia al VIH/sida, alcohol/drogas o servicios de salud mental/conductual. Los registros de tratamiento reales de VIH/SIDA, alcohol/drogas y/o salud mental/conductual no se divulgarán a menos que lo solicite específicamente por medio de un formulario de autorización de divulgación de información (ROI).

Información confidencial del paciente

- Salud sexual y reproductiva/atención de afirmación de género: control de la natalidad, aborto, tratamiento de ITS, atención relacionadacon el género (CMIA §56.11)
- Información relativa al diagnóstico o tratamiento de salud mental (Código de Bienestar e Instituciones §§5328, et seq.)
- Información sobre tratamiento y orientación en materia de consumo de sustancias (42 CFR parte 2)
- Divulgación de resultados de pruebas de VIH/SIDA (Código de Salud y Seguridad §120980(g)).
- Divulgación de información sobre pruebas genéticas (Código de Salud y Seguridad §124980(j))

VENCIMIENTO

Esta autorización entrará en vigor de forma inmediata y **se mantendrá en vigor de forma permanente**, hasta que sea revocada de forma escrita por mí, a menos que se especifique aquí una fecha diferente: ___/___ /___ .

EXPRESIONES DE GRATITUD:

- Puedo negarme a firmar esta autorización y mi negativa no afectará mi capacidad de obtener tratamiento o pago.
- Puedo revocar esta autorización en cualquier momento. Mi revocación debe hacerse por escrito, estar firmada por míoa mi nombre y entregarse en cualquiera de los centros de salud OLE Health que se indican a continuación.
- Mi revocación será efectiva a partir de su recepción, pero no tendrá ningún efecto sobre los usos o la divulgaciónrealizados mientras mi autorización estaba vigente.
- Tengo derecho a recibir una copia de esta autorización.
- Puedo inspeccionar la información sanitaria cuyo uso/divulgación autorizo y obtener una copia de ella.

RESTRICCIONES:

Las leyes de California prohíben al destinatario hacer una divulgación ulterior de su información médica, a menos que el destinatario obtenga otra autorización de la persona a la que pertenece o a menos que la divulgación sea requerida o permitida por la ley. Esta protección no se extiende a los destinatarios fuera del estado de California.

FIRMAS:

Nombre (en letra de molde):_____ Firma:_____ Fecha:_____

Si lo firma otra persona que no sea el paciente, escriba su nombre y relación:_____

Nombre (en letra de molde):_____ Relación con el o la paciente:_____

Firma:_____ Fecha:_____

REVOCAR: Entiendo y reconozco que las revocaciones/cancelaciones de esta designación no se aplicarán a la información que ya se haya publicado ni afectarán las acciones tomadas por OLE Health antes de esta solicitud.

Por favor firme y feche para revocar esta autorización: Firma:_____ Fecha:_____