

Carolina Family Health Centers, Inc.

*Carolina Family Dental Center • Freedom Hill Community Health Center • Harvest Family Health Center
• Wilson Community Health Center*

REPRESENTANTE PERSONAL

Información del paciente (escriba claramente):

Al firmar este formulario, entiendo y acepto que CFHC, Inc. puede divulgar mi información médica protegida a mi(s) representante(s) autorizado(s) o a los de mi hijo(s).

Nombre del Paciente: _____
Apellido _____ *Primer Nombre* _____ *Segundo Nombre* _____

Fecha de Nacimiento: _____ / _____ / _____
MES *DIA* *AÑO* Número de Historia Clínica _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Número de teléfono de noche: _____

Dirección de Correo Electrónico: _____

Proporcione los nombres del guardián legal del paciente si el paciente es menor de edad.

Nombre	Relación con el niño	Número de contacto	Correo Electrónico

Uso Autorizado y/o Divulgación:

Esta autorización no otorga al Representante Personal ninguna autoridad, ya sea implícita o directa, sobre el tratamiento de las decisiones de atención directa, excepto para el tratamiento de menores como se indica a continuación.

Entiendo que CFHC, Inc. no divulga mi información médica protegida o la de mi hijo a otras partes, excepto a aquellas directamente involucradas en mi atención o la de mi hijo, sin mi autorización por escrito. Por esta razón, lo autorizo a discutir y divulgar mi información médica protegida o la de mi hijo a la(s) persona(s) nombrada(s) a continuación para ayudar o facilitar la coordinación de mi atención o la de mi hijo. También entiendo que si mi representante personal no es un proveedor de atención médica o una entidad sujeta a las leyes de privacidad federales o estatales aplicables. Es posible que mi información médica protegida o la de mi hijo ya no esté protegida por esas leyes de privacidad, y mi representante personal o el de mi hijo pueda divulgar mi información médica protegida o la de mi hijo sin mi autorización. Reconozco que mi autorización es voluntaria.

Representantes Personales:

Nombre	Fecha de nacimiento	Número de teléfono	Relación con el paciente	Dirección

Carolina Family Health Centers, Inc.

*Carolina Family Dental Center • Freedom Hill Community Health Center • Harvest Family Health Center
• Wilson Community Health Center*

Para los padres/guardianes:

El/Los Representante(s) autorizado(s) mencionado(s) anteriormente, tienen mi permiso para traer a mi hijo/a a recibir atención médica/dental sin mi presencia. Él/ella actuará como Representante Personal de mi hijo/a, será su acompañante y podrá dar su consentimiento para el cuidado de mi hijo/a. Soy consciente de que el adulto que se presenta con el niño es responsable del pago que le corresponde al paciente en el momento del servicio.

_____ (iniciales) Doy permiso a mi hijo/a para recibir atención sin mi presencia. Él/ella puede dar su consentimiento para el tratamiento, tomar decisiones con respecto a su atención médica y servir como su propio acompañante (solo aplica para personas de 16 años de edad en adelante). Soy consciente de que mi hijo/a es responsable del pago de la parte que le corresponde al paciente en el momento del servicio.

Limitaciones a la Divulgación:

Entiendo que tengo derecho a limitar la información que se divulga bajo esta autorización. Por ejemplo, puedo limitar mi acceso o el de mi hijo a la información sobre un proveedor de atención médica en particular o un diagnóstico/enfermedad en particular. Cualquier limitación de este tipo debe describirse a continuación por escrito.

Entiendo que, al dejar esta sección en blanco, no estoy creando limitaciones a la información que se divulga.

Describa las limitaciones: _____

Revocación:

Entiendo que tengo derecho a revocar o cancelar esta autorización en cualquier momento. Entiendo que, si no deseo que la(s) persona(s) nombrada(s) arriba siga(n) siendo mi Representante Personal o de mi hijo, debo revocar esta autorización mediante una notificación por escrito de mi decisión al contacto de CFHC, Inc. que se indica a continuación.

Entiendo que mi revocación de esta autorización no afectará ninguna acción que ya se haya tomado, o cualquier información que ya haya sido divulgada con base en esta autorización, antes de que recibieran mi solicitud para revocarla.

Persona de contacto: Carolina Family Health Centers, Inc.
Privacy Officer
303 Green St. East
Wilson, NC 27893

Firma/Autorización:

Entiendo que, al firmar este formulario, confirmo mi autorización para que Carolina Family Health Centers, Inc. y su personal puedan usar/divulgar mi información médica protegida o la de mi hijo a la(s) persona(s) mencionada(s) arriba para el propósito descrito.

Nombre del paciente/padre/tutor legal (en letra de imprenta)

*Firma de la paciente / padre / tutor legal
(Uno de los padres debe firmar por el menor de edad)*

Fecha

Este formulario debe completarse en persona por el paciente o por el parente/tutor legal del menor.