

## 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: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Número de Historia Clínica \_\_\_\_\_  
*MES* *DIA* *AÑO*

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 padre/tutor legal del menor.**