



UNICARE COMMUNITY HEALTH CENTER HIPAA – AUTORIZACIÓN DEL REPRESENTANTE

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

PRIMER NOMBRE

APELLIDO

FECHA DE NACIMIENTO

TELÉFONO PRINCIPAL

- No nombro a ningún representante para que actúe en mi nombre en Unicare Community Health Center.
- Designo _____ como mi representante autorizado, para que actúe en mi nombre en relación con los servicios de Unicare Community Health Center (UCHC) que se describen a continuación.

REPRESENTANTE AUTORIZADO

PRIMER NOMBRE

APELLIDO

RELACIÓN CON EL PACIENTE

TELÉFONO PRINCIPAL

DIRECCIÓN DEL DOMICILIO

CIUDAD

ESTADO

ZONA POSTAL

PERMISOS AUTORIZADOS

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Tomar decisiones sobre mi plan de tratamiento | <input type="checkbox"/> Cambiar de médico de cabecera |
| <input type="checkbox"/> Actualizar mis datos demográficos | <input type="checkbox"/> Obtener información de referencia |
| <input type="checkbox"/> Solicitar reposiciones de medicamentos | <input type="checkbox"/> Obtener información sobre el diagnóstico |
| <input type="checkbox"/> Otros: _____ | |

DERECHOS Y ACEPTACIÓN DEL PACIENTE

Estoy de acuerdo en que el representante autorizado anotado arriba, actúe en mi nombre para los servicios de UCHC descritos anteriormente. Entiendo que no tengo que firmar esta autorización de representante y que es completamente voluntaria. Además, entiendo que si la información proporcionada por esta autorización se divulga (da) a otra persona, es posible que ya no esté protegida por la ley federal de confidencialidad (HIPAA). Sin embargo, la ley de California no permite que la persona que recibe la información médica mediante esta autorización la divulgue, a menos que se obtenga de mí una nueva autorización para dicha divulgación o a menos que dicha divulgación sea específicamente requerida o permitida por la ley. Esta autorización es efectiva inmediatamente y permanecerá en vigor durante un año a partir de la fecha de la firma, o como se indica aquí: _____ (fecha de finalización). Al firmar a continuación, autorizo esta designación.

FIRMA DEL PACIENTE

FECHA

Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento, y que tengo un poder limitado para actuar en nombre del paciente excepto para los permisos detallados en la sección "Permisos autorizados" de este formulario. Entiendo que no puedo transferir o reasignar mi designación. Al firmar a continuación, acepto esta designación.

FIRMA DEL REPRESENTANTE AUTORIZADO

FECHA