



Department of Health Care Policy & Financing

DESIGNATION OF PERSONAL REPRESENTATIVE

(DESIGNACION DE REPRESENTATE PERSONAL)

Permitirle a un miembro de la familia, otro pariente, o un amigo íntimo acceso a información protegida

Yo, _____ (IMPRIMA nombre del cliente), nombre y cita

_____ (IMPRIMA nombre del representante), que servirá como mi Representante Personal Designado.

Yo entiendo que mi Representante Personal Designado tendrá acceso a información sobre mi persona que fue creada o en nombre del Departamento de Políticas y Finanzas del Cuidado de la Salud de Colorado, y que esta información puede incluir Información de Salud Protegida. Se le proporcionara información sobre mí, o en mi nombre a mi Representante Personal Designado con el proposito de asistirme en lo que yo necesite de el/ella.

Yo entiendo que mi Representante Personal Designado puede revelar mi información a una tercera persona o entidad, y que el Departamento Estatal no tiene control sobre las revelaciones adicionales y no podrá proteger esa información una vez que haya sida proporcionada a mi Representante Personal Designado.

Entiendo que puedo revocar esta Designación en cualquier momento por medio de mandarlo por escrito al domicilio de abajo, y que esta designación no se vencerá a menos que o hasta que yo activamente lo revoque.

Yo entiendo que el tratamiento o pago de cuidado de salud, o mi inscripción o elegibilidad para beneficios no podrán ser condicionados por el hecho de designar o no designar a un Representante Personal Designado.

Yo entiendo que esta forma de ejecución NO permite la revelación de información que concierne al abuso de drogas, abuso de alcohol, condición o tratamiento psiquiátrico o psicológico o notas de psicoterapia, condición o pruebas de HIV/SIDA, aborto, o enfermedades sexualmente transmitidas, si las hay.

Yo entiendo que puede limitar la cantidad de información que mi Representante Personal Designado tendrá acceso a. Yo elijo que mi Representante Personal Designado nombrado arriba este limitado al acceso de la siguiente información:

Por favor incluya una copia de la tarjeta de Medicaid del cliente, una copia de Licencia de Manejo, tarjeta del ID del estado, o el equivalente para el cliente y el Representante Personal Designado, y cualquier documentación que proporcione autoridad legal

Firma del Cliente: _____ Fecha: _____

El padre o Guardián Legal puede firmar por un niño menor.

Guardián Legal, persona con Poder Notarial, o equivalente puede firmar en nombre de un adulto – documentación será requerida.

Fecha de Nacimiento del Cliente: _____

de ID del Cliente, o # de Seguro Social: _____

Usado solamente para verificación de identidad

Firma del Representante Personal Designado: _____

Relación que el Representante Personal Designado tiene con el Cliente: _____

Número de teléfono del Representante Personal Designado: _____

Dirección de correo electrónico del representante personal designado _____

Regrese la Forma Completada a: Privacy Officer, Colorado Department of Health Care Policy & Financing
303 E. 17th Avenue, Denver, CO 80203, Fax: (303) 866-4411