

**WHY THIS FORM?**

As required by the Health Information Portability and Accountability Act (HIPAA) Privacy Rule, you have a right to designate a person to act on your behalf with respect to your protected health information (PHI). By completing this form you are informing us of your wish to designate the named person as your personal representative.

<b>Patient Name:</b> _____ <b>Address:</b> _____ _____	<b>MRN:</b> _____ <b>Date of Birth:</b> _____ <b>Telephone Number:</b> _____
--	--

**1. Designation of Personal Representative.**

At my request, I hereby name the following individual as my personal representative:

**Designee Name:** \_\_\_\_\_ **Relationship to Patient/Member:** \_\_\_\_\_

**2.** I authorize the named Designee to have access to my Protected Health Information in order to do the following related to my healthcare (check each box that applies):

- Make, change, or confirm appointments.
- Sign the Request to Obtain a Copy or Authorization for the Use or Disclosure of Health Information form to request a release of my records and/or copies.
- Speak with a physician regarding the coordination of my care.
- Speak with the Business Office regarding billing.
- Speak with the Health Plan regarding claims, referrals, enrollment, or submit an appeal/grievance on your behalf.
- Other: \_\_\_\_\_

**Note:** *This form does not take the place of an Authorization for Use and Disclosure of PHI, when requesting copies of records.*

**3. Expiration of Designation.** This designation will expire as I have noted.

Date: \_\_\_\_\_

**4. Denial of Access to PHI.** I understand and acknowledge **MY DESIGNATION OF PERSONAL REPRESENTATIVE MAY BE DECLINED IF:** (1) the information provided is not accurate; (2) this form is not completed in its entirety; (3) I failed to sign below; and/or (4) as prohibited by law.

**5. DESIGNATION SIGNATURES**

Patient Signature	Printed Name	Date	Time
-------------------	--------------	------	------

Witness Signature (Optional)	Printed Name	Date	Time
------------------------------	--------------	------	------

**6. Revocation/Cancellation of Designation.** I understand that I may revoke this designation at any time by signing the revocation section of this form and returning it to the Scripps facility where I received services. I further understand that any such revocation does not apply if the person authorized to use or disclose my protected health information have already taken action on my behalf.

Patient Signature	Printed Name	Date	Time
-------------------	--------------	------	------

Witness Signature (Optional)	Printed Name	Date	Time
------------------------------	--------------	------	------



\*3CNT\*



\*CNT 100-8720-066SW\*

**¿POR QUÉ ESTE FORMULARIO?**

Según lo exige la Regla de privacidad de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (Health Information Portability and Accountability Act, HIPAA), usted tiene derecho a designar una persona para que actúe en su nombre con respecto de su información médica (protected health information (PHI)) que le pertenece. Al completar este formulario, usted nos informa su deseo de designar a la persona mencionada como su representante personal.

<b>Nombre del paciente:</b> _____ <b>Dirección:</b> _____	<b>MRN:</b> _____ <b>Fecha de nacimiento:</b> _____ <b>Teléfono:</b> _____
--	--

**1. Designación del representante personal.**  
 A mi pedido, por el presente designo a la siguiente persona como mi representante personal:

**Nombre del designado:** \_\_\_\_\_ **Relación con el paciente/afiliado:** \_\_\_\_\_

**2. Autorizo al designado mencionado a acceder a mi Información médica protegida para que se lleve a cabo lo siguiente respecto de mi atención médica (marque cada casilla que corresponda):**

Concertar, cambiar o confirmar citas.  
 Firmar la Solicitud para obtener una copia de o el Formulario de autorización para el uso o la divulgación de información médica para pedir que se divulguen mis registros y/o sus copias.  
 Hablar con un médico en relación con la coordinación de mi atención.  
 Hablar con la Oficina comercial respecto de la facturación.  
 Hablar con el Plan de salud acerca de los reclamos, las derivaciones, la inscripción o para presentar una apelación/queja en su nombre.  
 Otro: \_\_\_\_\_

**Nota:** Este formulario no reemplaza la Autorización para el uso y la divulgación de la PHI al solicitar copias de los registros.

**3. Vencimiento de la persona designada.** Este designación vencerá según lo descrito por mí.  
 Fecha: \_\_\_\_\_

**4. Denegación de acceso a la PHI.** Comprendo y acepto que **MI DESIGNACIÓN COMO REPRESENTANTE PERSONAL PUEDE DECLINARSE SI:** (1) la información proporcionada no es exacta; (2) este formulario no está completo en su totalidad; (3) no firmo a continuación; y/o (4) según lo prohíba la ley.

**5. FIRMAS PARA LA DESIGNACIÓN**

Firma del paciente	Nombre en imprenta	Fecha	Hora
Firma del testigo (Opcional)	Nombre en imprenta	Fecha	Hora

**6. Revocación/Cancelación de la designación.** Comprendo que puedo revocar esta designación en cualquier momento al firmar la sección sobre revocación de este formulario y al devolverlo al centro Scripps en el que recibí los servicios. Asimismo, comprendo que tal revocación no corresponde si la persona autorizada a usar o a divulgar mi información médica protegida ya ha tomado medidas en mi nombre.

Firma del paciente	Nombre en imprenta	Fecha	Hora
Firma del testigo (Opcional)	Nombre en imprenta	Fecha	Hora