

Formulario de Designación de Representante ante HIPAA

Yo entiendo que al firmar voluntariamente este formulario estoy identificando, autorizando y concediendo permiso a mi representante ante HIPAA nombrado abajo para acceder a mi información protegida de salud (PHI) con el fin de ayudarme en el tratamiento y pago de este tratamiento.

Información del miembro – Por favor use letra de imprenta.

Nombre de miembro: _____	Fecha de nacimiento: _____
Dirección: _____ Ciudad, Estado, Código Zip: _____	
Teléfono: _____ Identificación de miembro: _____	

Información del representante ante HIPAA – Por favor use letra de imprenta.

Nombre: _____	Fecha de nacimiento: _____
Dirección: _____ Ciudad, Estado Código Zip: _____	
Teléfono: _____ Relación con el miembro: _____	

Yo le concedo a mi representante ante HIPAA mencionado arriba acceso a: (TIENE QUE MARCAR UN CUADRO)

- Toda mi información protegida de salud. Yo entiendo que esta información puede incluir datos relacionados con HIV/SIDA y con el diagnóstico y tratamiento de discapacidades psiquiátricas y abuso de sustancias.
- Otro – Especifique límites o identifique información específica que puede ser revelada:

1. Yo entiendo que mi tratamiento y pago por tal tratamiento no puede ser condicionado al hecho de que yo firme o no firme este formulario.
2. Yo entiendo que esta designación será: **(TIENE QUE MARCAR UN CUADRO)**
 - Efectiva por toda la vida del miembro, a no ser que sea revocada.
 - Expirará un (1) año, contado a partir de la fecha de ejecución.
3. Yo entiendo que tengo el derecho de revocar esta autorización, excepto en la medida que Envision haya actuado basándose en ella.

Firma del miembro: _____ Fecha: _____

<p>REVOCACIÓN DE ESTA DESIGNACIÓN: Yo entiendo que puedo cancelar esta designación de representante ante HIPAA en cualquier momento completando y firmando esta sección, y enviándola a: EnvisionRx Privacy Officer, 2181 E. Aurora Rd, Twinsburg, OH 44087.</p> <p>Yo ya no quiero que: _____ actúe como mi representante personal.</p> <p>Firma del miembro: _____ Identificación de miembro: _____</p>	
--	--

Complete este formulario, firmelo y envíelo a: EnvisionPharmacies, 7835 Freedom Avenue NW, North Canton, Ohio 44720-6907

Administration Only: EnvisionMail EnvisionSpecialty EnvisionCompounding