



## DESIGNACION DE REPRESENTANTE PERSONAL

Propósito Este formato será usado para que los pacientes designen a las personas que habrán de representarles en diversas gestiones en Salus.

**Instrucciones generales:** Llene todos los espacios. Usted tiene derecho a designar un representante personal cuya designación será válida por un máximo de 2 años desde su firma. Usted y su representante personal son responsables de mantener la información de contacto actualizada. El representante personal deberá presentar identificación con foto cuando acuda a la clínica. Si interesa revocar la designación puede escribirnos o llenar una nueva designación.

### Sección I. Información del paciente:

Nombre:

Dirección física:

Núm. Récord:

Teléfono:

Dirección electrónica:

### Sección II. Información del representante personal

Nombre:

Relación con el paciente:

Teléfono:

Dirección postal

Dirección física

Período de vigencia de la designación (no puede exceder de 2 años)

Dirección electrónica:

Este representante personal tiene autorización para: (marque con una x)

Solicitar copia y acceder información de mi expediente clínico

Hablar con mis médicos y obtener información directamente de ellos

Representarme en caso de querrela

Sólo para pagar servicios médicos que he recibido (no tiene autoridad para recibir resultados)

Recoger recetas y órdenes médicas o resultados de laboratorio

***Designación de representante personal***

Página 2

**SU FIRMA**

Firma: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

**USTED TIENE DERECHO A UNA COPIA DE ESTA DESIGNACION LUEGO DE FIRMARLA**