

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 cliente – Por favor use letra de imprenta

Nombre de cliente: _____	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 cliente: _____

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 cliente, 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 Elixir Pharmacy haya actuado basándose en ella.

Firma del cliente: _____ Fecha: _____

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: Elixir Privacy Officer, 2181 E. Aurora Rd, Twinsburg, OH 44087.

Yo ya no quiero que: _____ actúe como mi representante personal.

Firma del cliente: _____ Identificación de miembro: _____

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

Administration Only: Elixir Mail Order Pharmacy Elixir Specialty Pharmacy