



Personal Representative Designation Form

You have the right to choose one or more persons to act on your behalf with respect to your Protected Health Information (PHI). PHI includes treatment information about your visit or conditions, medication list, making appointments, lab orders and results, and more. By completing this form, you are letting us know that you authorize your personal representatives to listen/view your protected health information and make treatment decisions on your behalf. It only gives your personal representative access to the information **YOU** allow them to access. Please complete this form in it's entirely so that we

may provide you and your representative with the correct information. This form may be revoked at any time.

Patient Name: _____ **Patient DOB:** _____

Personal representative(s):

Name:	<input type="checkbox"/> My entire Protected Health Information (Excludes Protected Class Information) <ul style="list-style-type: none"> Includes requesting/picking up Medical Records and Prescriptions <input type="checkbox"/> Include records with the following information: ONLY: <input type="checkbox"/> Mental Health <input type="checkbox"/> Substance Abuse <input type="checkbox"/> HIV/AIDS <input type="checkbox"/> Sexual Reproductive
DOB:	
Relationship to patient:	
Name:	<input type="checkbox"/> My entire Protected Health Information (Excludes Protected Class Information) <ul style="list-style-type: none"> Includes Requesting/Picking up Medical Records and Prescriptions <input type="checkbox"/> Include records with the following information: ONLY: <input type="checkbox"/> Mental Health <input type="checkbox"/> Substance Abuse <input type="checkbox"/> HIV/AIDS <input type="checkbox"/> Sexual Reproductive
DOB:	
Relationship to patient:	
Name:	<input type="checkbox"/> My entire Protected Health Information (Excludes Protected Class Information) <ul style="list-style-type: none"> Includes Requesting/Picking up Medical Records and Prescriptions <input type="checkbox"/> Include records with the following information: ONLY: <input type="checkbox"/> Mental Health <input type="checkbox"/> Substance Abuse <input type="checkbox"/> HIV/AIDS <input type="checkbox"/> Sexual Reproductive
DOB:	
Relationship to patient:	

Patient or Patient Representative Signature: _____ Date: _____

REVOKE: I understand and acknowledge that revocations/cancellations of this designation shall not apply to information that has already been released or affect actions taken by OLE Health prior to this request.

Name: _____ Name: _____

Name: _____ Name: _____

I **revoke** all assigned representatives

Patient Signature: _____ Date Revoked: _____



Formulario para Designar a un Representante Personal

Usted tiene el derecho de escoger una o más personas para actuar en su nombre con respecto a su información de salud protegida (PHI). PHI incluye información médica sobre su visita o condición, lista de medicamentos, hacer citas, órdenes de laboratorio y resultados, y más. Al completar este formulario, usted nos está dejando saber que usted autoriza a sus representantes personales escuchar su información de salud personal y tomar decisiones médicas en su nombre. Solo se le dará acceso al representante personal a la información que usted le dé acceso. Este formulario puede ser revocado en cualquier momento por escrito.

Nombre del Paciente: _____ **Fecha de Nacimiento del Paciente:** _____

Representante(s) Personal (es):

Nombre:	<input type="checkbox"/> Solicitar toda mi información de salud protegida <ul style="list-style-type: none"> • Incluye solicitar y recoger su expediente médico y recetas <input type="checkbox"/> Incluye Información sobre mi salud: <ul style="list-style-type: none"> • <input type="checkbox"/> mental <input type="checkbox"/> abuso de sustancias <input type="checkbox"/> VIH / SIDA
Fecha de nacimiento:	
Relación con el paciente:	
Nombre:	<input type="checkbox"/> Solicitar toda mi información de salud protegida <ul style="list-style-type: none"> • Incluye solicitar y recoger su expediente médico y recetas <input type="checkbox"/> Incluye Información sobre mi salud: <ul style="list-style-type: none"> • <input type="checkbox"/> mental <input type="checkbox"/> abuso de sustancias <input type="checkbox"/> VIH / SIDA
Fecha de nacimiento:	
Relación con el paciente:	
Nombre:	<input type="checkbox"/> Solicitar toda mi información de salud protegida <ul style="list-style-type: none"> • Incluye solicitar y recoger su expediente médico y recetas <input type="checkbox"/> Incluye Información sobre mi salud: <ul style="list-style-type: none"> • <input type="checkbox"/> mental <input type="checkbox"/> abuso de sustancias <input type="checkbox"/> VIH / SIDA
Fecha de nacimiento:	
Relación con el paciente:	

Firma del paciente o Representante del Paciente: _____ Fecha: _____

Revoco: Yo entiendo y reconozco que cualquier revocación/cancelación de este designio no aplica a ninguna información que se haya emitido o que afecte alguna acción tomada anteriormente por OLE Health.

Nombre: _____

Nombre: _____

Nombre: _____

Nombre: _____

Revoco todos los representantes asignados

Firma del paciente o Representante del Paciente: _____ Fecha: _____