



Four Corners Primary Care Centers, Inc.

5300 Oakbrook Parkway, Building 100, Suite 130, Norcross, Georgia 30093
Ph: 770 806-2928 Fax: 888-412-1512 www.fcpchealth.com

DESIGNACIÓN DE REPRESENTANTE PERSONAL

Como paciente, puede designar uno o más representantes personales. Un representante personal puede recibir información de salud protegida (PHI, por sus siglas en Ingles) sobre usted. La información de salud protegida incluye información sobre su condición medical actual y diagnóstico, tratamiento, pronóstico y facturación de pagos. Los representantes personales no tendrán acceso a su información de salud protegida en los periodos que se encuentren entre tratamientos o admisiones.

Un representante personal puede ser un cónyuge, pariente, pareja, amigo(a). Usted puede eliminar o agregar representantes personales en cualquier momento, incluso durante el tratamiento.

No deseo designar un representante persona.

Designo a los siguientes como mi representante, o mis representantes personales:

_____ (Nombre de Representante Personal)	_____ (Parentesco)
_____ (Dirección, si la sabe)	_____ (Número de Teléfono)
_____ (Ciudad, Estado, Código Postal)	
<hr/>	
_____ (Nombre de Representante Personal)	_____ (Parentesco)
_____ (Dirección, si la sabe)	_____ (Número de Teléfono)
_____ (Ciudad, Estado, Código Postal)	
<hr/>	
_____ (Nombre de Representante Personal)	_____ (Parentesco)
_____ (Dirección, si la sabe)	_____ (Número de Teléfono)
_____ (Ciudad, Estado, Código Postal)	
_____ Firma Del Paciente	_____ Fecha