



DESIGNACION DE PERSONA PARA INFORMACION DE SALUD PROTEGIDA

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Entiendo, que los individuos identificados aquí abajo serán tratados por SVCHC como individuos directamente involucrados **en mi cuidado o el de mi hijo** y como tal, SVCHC podrá revelar información de salud personal a estos individuos con el propósito de tratamiento incluyendo el hacer citas y cualquier otra función normalmente asociadas con el cuidado del paciente, incluyendo pagos, y operaciones del cuidado de salud.

Nombre del Designado: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Nombre del Designado: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Nombre del Designado: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Nombre del Designado: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Entiendo que las personas designadas aquí, tienen el derecho de pedir y recibir la Notificación de Practicas de Privacidad del Centro de Salud del Valle de Sonoma.

Este documento da reconocimiento que el paciente mencionado arriba o el guardián legal ha suministrado al Centro de Salud del Valle de Sonoma (SVCHC) con uno o más contactos, con los cuales se podría usar o revelar información de salud protegida de tal paciente. SVCHC está implementando la Designación de Persona para Información de Salud Protegida y lo quiere mantener disponible para que los padres puedan identificar a esos individuos que posiblemente puedan proveer asistencia al darles cuidado de salud o tratamiento a los menores de edad. Al firmar abajo, reconozco que he leído y entiendo lo declarado aquí y acepto los términos.

De manera voluntaria firmo esta autorización, e entiendo que mi habilidad de recibir cuidado de salud por el Centro de Salud del Valle de Sonoma no será afectada si me rehusó a firmar esta autorización.

Firma del Paciente/Padre/Guardián Legal _____ **Fecha:** _____

- En este momento me niego a proveer una persona designada a recibir información de salud protegida mía o la de mi hijo(a).*

Firma del Paciente/Padre/Guardián Legal _____ Fecha: _____