

## Como escoger a un Representante Personal

La ley\* le otorga el derecho de tener a una o mas personas que actúen como sus representantes del cuidado de la salud.

Su representante tendrá el derecho de hacer decisiones acerca de como se usa y se comparte su Información de Salud Personal. LA Información de Salud Personal es cualquier información que puede ser utilizada para identificarlo. Usted puede limitar la Información de Salud Personal que su representante puede decidir acerca de usted. Usted puede dejar de usar a un representante en cualquier momento.

Yo, \_\_\_\_\_, (escriba su nombre) nombro a la siguiente persona para actuar como representante autorizado personal para el(los) miembro(s) que se escribe(n) abajo para decisiones del uso y/o compartimiento de la Información de Salud Personal. (Si quiere más de un representante, debe de llenar mas formas.)

Nombre del representante: \_\_\_\_\_ Relación con el miembro: \_\_\_\_\_

Nombre del miembro: \_\_\_\_\_ ID del Miembro: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Nombre del miembro: \_\_\_\_\_ ID del Miembro: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Nombre del miembro: \_\_\_\_\_ ID del Miembro: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Nombre del miembro: \_\_\_\_\_ ID del Miembro: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Nombre del miembro: \_\_\_\_\_ ID del Miembro: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Nombre del miembro: \_\_\_\_\_ ID del Miembro: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

### Limite en la cantidad de la información proveída

Por favor marque una opción:

El representante que se menciona arriba debe de recibir todos los derechos que se le otorgarían al miembro acerca de la Información de Salud Personal

El representante mencionado arriba va a representar al miembro SOLO de la siguiente forma:

Al firmar este documento, yo entiendo que:

- Puedo detener esta autorización en cualquier momento enviando una carta de cancelación escrita a: **SELECT HEALTH OF SOUTH CAROLINA, ATENCIÓN: COMPLIANCE COORDINATOR, PO BOX 40849, CHARLESTON, SC 29243.**
- La carta de cancelación debe de tener **el (los) nombre(s) del miembro y el nombre del representante.**
- Esta carta también debe de contener **la fecha que esta autorización debe de detenerse.**
- Cualquier cancelación es solo para la información compartida o para acciones que se toman después de la fecha en la cual Select Health recibe la carta de cancelación.
- No puedo cancelar acciones que se toman o información que es compartida mientras la autorización estaba en efecto.

Si tiene alguna pregunta, o si necesita ayuda para leer este documento, por favor llame al Departamento de Servicios para Miembros al **1.888.276.2020.**

\_\_\_\_\_  
Firma del padre de familia/guardian/miembro que otorga la autorización

\_\_\_\_\_  
Fecha de hoy

**Envíe esta forma por correo a: Select Health of South Carolina, Atención: Compliance Coordinator, PO BOX 40849, Charleston, SC 29243.**