Estado de Illinois
Departamento de Cuidado de Salud y Servicios Para Familias

DESIGNACIÓN DEL REPRESENTANTE PERSONAL

- La ley federal indica que el Departamento de Cuidado de Salud y Servicios Para Familias de Illinois (Agencia) no puede compartir su información médica personal sin su permiso, excepto en ciertas situaciones. Si firma este formulario, usted le da permiso a la Agencia para tratar con la(s) persona(s) que usted nombra como su Representante Personal y compartir su información médica con esa persona.
- Usted puede nombrar a más de una persona como su Representante Personal.
- La Designación del Representante Personal durará hasta que usted le informe a la Agencia que ya no quiere que traten a la(s) persona(s), que usted nombra a continuación como su Representante Personal.
- Derecho a Revocar Si usted decide que ya no desea que la agencia trate a la(s) persona(s) que usted nombra a continuación como su Representante Personal, firme la Revocación al final de este formulario y entregue el formulario a la Agencia. Cualquier revocación puede tomar efecto solamente en y después de la fecha que la Agencia recibe la Revocación. La Agencia no puede cancelar las revelaciones hechas al Representante Personal antes de recibir la Revocación.
- Usted puede guardar una copia de esta Designación de Representante Personal y puede llamar al Oficial de Privacidad del Departamento de Cuidado de Salud y Servicios Para Familias para obtener una copia si usted no tiene una.

Mi nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Número de Identificación del Beneficiario (RIN) _____

Designo a la siguiente persona(s) para que actúe como mi Representante Personal: _____

☐ Esta persona tiene todos los derechos que yo tengo con respecto a mi información médica que tiene la Agencia.

☐ Esta persona está actuando como mi Representante Personal sólo para estas funciones:

Término de la Autorización: La Agencia puede compartir mi información médica desde la fecha de esta Designación del Representante Personal hasta que yo revoque la Designación del Representante Personal firmando la Revocación, a continuación, y al entregar la Revocación a la Agencia.

Firma: _____ Fecha: _____

REVOCACIÓN:
Yo ya no quiero que la persona nombrada arriba actúe como mi Representante Personal.

Firma: _____ Fecha: _____

Envíe esta **Designación de Representante Personal o Revocación** a:

Privacy Officer
Healthcare and Family Services
P.O. Box 19159
Springfield, Illinois 62794-9159

Fax: 1-217-524-2397

Si usted tiene preguntas, comuníquese con el Oficial de Privacidad en la dirección a la izquierda, o el siguiente número de teléfono. La llamada es gratis.

Número de Teléfono sin cargos 1-800-226-0768
(Línea de Información Para Beneficios de Salud)
Número sin cargos para personas que usan teletipo (TTY): 1-877-204-1012

Correo electrónico: privacy.officer@illinois.gov

Print Form