

PERSONAL REPRESENTATIVE FORM

Patient name _____ Account # _____
_____ Birth Date _____

I designate the following person(s) as a personal representative, to have access to my protected health information. This authorization shall be in effect until I notify NCI Medical's Privacy Officer of any such changes.

1. Name _____
Relationship to you _____ Their Birth date _____

2. Name _____
Relationship to you _____ Their Birth date _____

_____ Patient declines personal representative Date _____

I give permission to leave confidential and/or protected health information on my answering machine, voicemail:

Circle one: YES NO Initials: _____

Phone # _____ Phone # _____

(I understand that I may revoke this privilege at any time by submitting my request to NCIMC)

Patient Signature (or responsible party/guardian if minor) Date

PLEASE INITIAL & VERIFY ANY CHANGES TO YOUR PERSONAL REPRESENTATIVE FORM

_____ No Changes Date _____ _____ No Changes Date _____

_____ No Changes Date _____ _____ No Changes Date _____

TERMINATION OF PERSONAL REPRESENTATIVE REQUEST

Patient signature _____ Date _____

Employee initials _____

I give North Central Indiana Medical Clinic LLC. permission to request and use my prescription medication history from other healthcare providers and/or third party pharmacy benefit payors for treatment purposes. This consent form will remain in effect until the day you revoke your consent. You may revoke this consent at any time in writing but if you do, it will not have an effect on any actions taken prior to receiving the revocation.

I consent to the above agreement: Yes No

Patient Signature _____ Date: _____

FORMA PARA UN REPRESENTANTE PERSONAL

Nombre del Paciente _____ Cuenta # _____

_____ Fecha de nacimiento _____

Yo designo a la siguiente persona (s) como representante personal, para tener acceso a mi información médica personal. Esta autorización debe ser efectiva hasta que yo notifique lo contrario ó cualquier cambio, a la persona encargada de las políticas de Privacidad en Norte Central de Indina Clinica Medica.

1. Nombre _____

Relación contigo _____ Su Fecha de nacimiento _____

2. Nombre _____

Relación contigo _____ Su Fecha de nacimiento _____

_____ Paciente rechaza tener un representante personal Fecha _____

Yo doy permiso para dejar información confidencial y / o información médica protegida en mi máquina contestadora, buzón de mensaje ó via e-mail:

Encierre en un círculo una opción: SI NO Iniciales: _____

Teléfono # _____ Teléfono # _____

(Yo entiendo que puedo revocar este privilegio en cualquier momento al someter mi petición a NCIMC)

Firma del Paciente **Fecha**

POR FAVOR PONGA SUS INICIALES Y VERIFIQUE CUALQUIER CAMBIO EN SU FORMA DE REPRESENTANTE PERSONAL

_____ **No cambios** **Fecha** _____ _____ **No cambios** **Fecha** _____

_____ **No cambios** **Fecha** _____ _____ **No cambios** **Fecha** _____

TERMINACION DE LA PETICION DE REPRESENTANTE PERSONAL

Firma del Paciente _____ Fecha _____

Iniciales del Empleado _____

Doy permiso Norte Central de Indina Clinica Medica para solicitar y utilizar mi historial de medicamentos recetados de otros proveedores de atención médica y / o de terceros pagadores de beneficios de farmacia para propósitos. This tratamiento formulario de consentimiento se mantendrá vigente hasta el día en que revoca su consentimiento. Usted puede revocar este consentimiento en cualquier momento por escrito, pero si lo hace , no tendrá un efecto sobre todas las medidas adoptadas antes de recibir la revocación.

Doy mi consentimiento para el acuerdo anteriormente: Sí No

Paciente Signature _____ Fecha: _____