



**CARPENTERS  
SOUTHWEST  
ADMINISTRATIVE  
CORPORATION**

533 South Fremont Avenue  
Los Angeles, CA 90071-1706

**Tel:** 213-386-8590 • **Toll Free:** 800-293-1370  
[www.carpenterssw.org](http://www.carpenterssw.org)

### Designar un Representante Personal

En la parte inferior llene los espacios que se necesitan para asignar a su representante personal:

Participante		Propuesto Representante Personal
Seguro Social o UBC:		
Nombre:		
Dirección:		
Ciudad, Estado, Código:		
Teléfono:	( )	( )
Contraseña del Representante Personal para Identificación Telefónica:		

Yo, \_\_\_\_\_ [Nombre del Participante o Beneficiario] con la presente  
\_\_\_\_\_ [Nombre del Representante Personal]:

- para actuar en mi nombre,  
 para actuar en nombre de mi dependiente (nombres): \_\_\_\_\_

en recibir:

- cualquier información de salud protegida (PHI) que es (o sería) proveído a mi como participante/beneficiario del Plan, incluyendo los derechos que tenga con respecto a mi PHI bajo HIPAA.
- solamente la información de salud protegida para llevar a cabo las siguientes funciones en mi nombre: \_\_\_\_\_.

Yo entiendo que esta designación de un Representante Personal está sujeta a la aprobación del Plan. También entiendo que una vez aprobada, esta designación se mantendrá en vigor a menos que yo la revoque. Entiendo que tengo el derecho de revocar esta designación en cualquier momento al completar un formulario disponible por el Oficial de Privacidad para revocar un Representante Personal. Entiendo que puedo revisar una copia de la póliza del Plan sobre Representantes Personales.

\_\_\_\_\_  
Firma del Participante o Beneficiario

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del Representante Personal

\_\_\_\_\_  
Fecha

La solicitud del Representante Personal es:

- aprobado.  
 no aprobado por razón de: \_\_\_\_\_

Oficial de Privacidad: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_