



## Solicitud para Designar un Representante Personal

Instrucciones: Para solicitar un representante personal, complete la siguiente información, firme en el espacio proporcionado y regrese a Eagle Pharmacy LLC, Compliance Department, 350 Eagles Landing Drive, Lakeland, Florida 33810 o por fax al (877) 283-9171.

### SECCION A: INFORMACION DEL PACIENTE

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Dirreccion: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

### SECCION B: INFORMACION DE REPRESENTANTE PERSONAL

Nombre: \_\_\_\_\_ Numero de Telefono: \_\_\_\_\_

Direccion: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Periodo De Tiempo De Representacion: Desde: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Hasta: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**NOTA:** Si una fecha limite no es provista, esta forma permanecera vijente hasta que el paciente o su representante legal se comunique con Eagle Pharmacy por escrito solicitando un cambio.

### SECCION C: AUTHORIZACION PARA DIVULGACION DE INFORMACION

Por la presente nombro al Representante Personal mencionado anteriormente para que sea designado como mi representante personal y permito que Eagle Pharmacy divulgue mi información médica protegida ("PHI") a dicho Representante Personal. Entiendo que esta solicitud se aplica a las comunicaciones verbales y escritas de Eagle Pharmacy y sus socios comerciales. También entiendo que la información sensible como: salud mental, VIH/SIDA y abuso de alcohol/drogas puede ser divulgada, si dicha información está archivada en Eagle Pharmacy.

**\*\*Si la persona que firma este formulario no es el paciente, la persona debe firmar y adjuntar documentación que muestre autorización para actuar en nombre del paciente.**

Firma del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre en Letra de Molde: \_\_\_\_\_