



DESIGNACIÓN DEL REPRESENTANTE PERSONAL PARA QUEJAS, AGRAVIOS Y AUDIENCIAS JUSTAS

CBH Miembro Nombre: _____

Domicilio: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Número Seguro Social: _____

Representante Personal Proposito: Queja Agravio Audiencia Justa

Quisiera que _____ sea mi Representante Personal para este propósito. Esto significa que actuarán en mi nombre durante la queja, el agravio o la audiencia justa.

Solicitud de queja/agravio/audiencia justa: _____

La siguiente es una breve descripción de lo que se refiere a mi queja/agravio/solicitud de audiencia justa:

Entiendo que debido a que mi representante personal actuará en mi nombre, recibirá información confidencial sobre mí. Esta información podría incluir evaluaciones y registros de cualquier tratamiento que haya recibido. De acuerdo con una ley federal llamada Ley de Responsabilidad y Portabilidad de Seguros Médicos (HIPAA, por sus siglas en inglés), dicha información se denomina Información Médica Protegida (PHI, por sus siglas en inglés). Mi PHI también es confidencial de conformidad con la Ley de Procedimientos de Salud Mental de Pensilvania.

Autorizo a CBH a entregarle a mi representante personal cualquier parte de mi PHI que sea necesaria para esta queja, agravio o audiencia justa.

Este formulario permitirá que mi representante personal actúe en mi nombre solo para esta queja, agravio o audiencia justa. Si, por algún motivo, la queja, el agravio o la audiencia justa no se resuelve dentro de los 365 días, tendré que firmar un nuevo formulario si deseo mantener mi representante personal.

Firma del Miembro de CBH

Fecha

Firma del Representante Personal

Fecha

Domicilio del Representante Personal: _____

Número de Teléfono del Representante Personal: _____