



Department of Health Care Policy & Financing

DESIGNATION OF PERSONAL REPRESENTATIVE

To allow a family member, other relative, or a close personal friend to have access to protected information

I, _____ (PRINT name of client), name and appoint
_____ (PRINT name of representative), to serve as my Designated
Personal Representative.

I understand that my Designated Personal Representative will have access to information about me that is created by or on behalf of the Colorado Department of Health Care Policy and Financing, and that this information can include Protected Health Information. My Designated Personal Representative is to be provided information about me, on my behalf, in order to assist me as I request of him/her.

I understand that my Designated Personal Representative may disclose my information to a third party, and that the State Department has no control over that additional disclosure and can not protect the information after it is provided to my Designated Personal Representative.

I understand that I may revoke this Designation at any time by writing to the address below, and that this Designation will not expire unless and until I actively revoke it.

I understand that my health care treatment or payment, or my enrollment or eligibility for benefits cannot be conditioned on my designating or not designating a Designated Personal Representative.

I understand this executed form does NOT allow for the release of any information concerning drug abuse, alcohol abuse, psychological or psychiatric conditions or treatment or psychotherapy notes, HIV/AIDS testing or status, abortion, or sexually transmitted disease, if any.

I understand that I may limit the amount of information my Designated Personal Representative is given access to. I choose to limit the access My Designated Personal Representative named above has to the following information:

***Please include a copy of client's Medicaid card, a copy of Driver's License, State ID card, or equivalents for both the client and Designated Personal Representative, and any available documentation providing legal authority

Client signature: _____ **Date:** _____

Parent or Legal Guardian may sign on behalf of minor child.

Legal Guardian, Power of Attorney, or equivalent may sign on behalf of adult – documentation is required.

Client Date of birth: _____

State ID #, Client ID #, or Social Security #: _____

Used for identity verification purposes only

Designated Personal Representative signature: _____

Designated Personal Representative relationship to Client: _____

Designated Personal Representative phone number: _____

Return Completed Form To: Privacy Officer, Colorado Department of Health Care Policy & Financing
1570 Grant Street, Denver, CO 80203, Fax: (303) 866-4411

(Español el otro lado)



Department of Health Care Policy & Financing

DESIGNATION OF PERSONAL REPRESENTATIVE

(DESIGNACION DE REPRESENTATE PERSONAL)

Permitirle a un miembro de la familia, otro pariente, o un amigo íntimo acceso a información protegida

Yo, _____ (IMPRIMA nombre del cliente), nombre y cita

_____ (IMPRIMA nombre del representante), que servirá como mi Representante Personal Designado.

Yo entiendo que mi Representante Personal Designado tendrá acceso a información sobre mi persona que fue creada o en nombre del Departamento de Políticas y Finanzas del Cuidado de la Salud de Colorado, y que esta información puede incluir Información de Salud Protegida. Se le proporcionará información sobre mi, o en mi nombre a mi Representante Personal Designado con el propósito de asistirme en lo que yo necesite de el/ella.

Yo entiendo que mi Representante Personal Designado puede revelar mi información a una tercera persona o entidad, y que el Departamento Estatal no tiene control sobre las revelaciones adicionales y no podrá proteger esa información una vez que haya sido proporcionada a mi Representante Personal Designado.

Entiendo que puedo revocar esta Designación en cualquier momento por medio de mandarlo por escrito al domicilio de abajo, y que esta designación no se vencerá a menos que o hasta que yo activamente lo revoque.

Yo entiendo que el tratamiento o pago de cuidado de salud, o mi inscripción o elegibilidad para beneficios no podrán ser condicionados por el hecho de designar o no designar a un Representante Personal Designado.

Yo entiendo que esta forma de ejecución NO permite la revelación de información que concierne al abuso de drogas, abuso de alcohol, condición o tratamiento psiquiátrico o psicológico o notas de psicoterapia, condición o pruebas de HIV/SIDA, aborto, o enfermedades sexualmente transmitidas, si las hay.

Yo entiendo que puede limitar la cantidad de información que mi Representante Personal Designado tendrá acceso a. Yo elijo que mi Representante Personal Designado nombrado arriba este limitado al acceso de la siguiente información:

Por favor incluya una copia de la tarjeta de Medicaid del cliente, una copia de Licencia de Manejo, tarjeta del ID del estado, o el equivalente para el cliente y el Representante Personal Designado, y cualquier documentación que proporcione autoridad legal

Firma del Cliente: _____ Fecha: _____

El padre o Guardián Legal puede firmar por un niño menor.

Guardián Legal, persona con Poder Notarial, o equivalente puede firmar en nombre de un adulto – documentación será requerida.

Fecha de Nacimiento del Cliente: _____

de ID del Estado, # de ID del Cliente, o # de Seguro Social: _____

Usado solamente para verificación de identidad

Firma del Representante Personal Designado: _____

Relación que el Representante Personal Designado tiene con el Cliente: _____

Numero de teléfono del Representante Personal Designado: _____

Regrese la Forma Completada a: Privacy Officer, Colorado Department of Health Care Policy & Financing
1570 Grant Street, Denver, CO 80203, Fax: (303) 866-4411