



Nombramiento del representante personal

Información del suscriptor

(Escriba con letra de imprenta)

Esta sección se debe llenar con la información específica de la persona. Se debe indicar un número o dirección de contacto en caso de que sea necesario obtener información adicional o aclaraciones.

| | |
|-------------------------|---|
| Fecha: _____ | ID del suscriptor: _____ |
| Nombre: _____ | Fecha de nacimiento: _____ |
| Dirección: _____ | Teléfono: _____ |
| _____ | Dirección electrónica (Email): _____ |

Mediante este documento, nombro a la(s) persona(s) indicada(s) a continuación como mi(s) representante(s) personal(es) y autorizo y dirijo a Davis Vision, Inc. y a sus afiliadas a que provean y divulguen información sobre el seguro de atención a la visión con referencia a la persona indicada anteriormente.

| | |
|---------------------------------------|--------------------------------------|
| Representante(s) personal(es): | Nombre: _____ |
| | Dirección: _____ |
| | Ciudad, estado, código postal: _____ |
| | Nombre: _____ |
| | Dirección: _____ |
| | Ciudad, estado, código postal: _____ |

Mi información protegida sobre la salud es información sobre mí, la cual incluye información como mi nombre y dirección o información médica o todas ellas. La información se usó o creó cuando recibí atención a la visión o cuando se recibió un pago para mi atención a la visión. La información puede incluir atención o una condición de la visión pasada, presente o futura.

Tengo entendido que si la persona que nombro como mi representante personal no está sujeta a las leyes federales de privacidad de información médica, pueden revelar información médica protegida y es posible que ya no esté protegida por las leyes federales de privacidad de información médica.

Envíe por correo o fax este formulario completo a:

Davis Vision Privacy Office
P.O. Box 1416
Latham, NY 12110-1416
Fax: 1-866-999-4640

Si tiene alguna pregunta, necesita información adicional o ayuda para llenar su solicitud, tenga la bondad de contactar la Oficina a cargo de privacidad (Privacy Office) de Davis Vision al 1-800-571-3366 o a la dirección indicada anteriormente.

Debe indicar una fecha o evento que produciría la caducidad del nombramiento del representante personal. Cuando haya caducado, la persona nombrada como su representante personal ya no podrá recibir información sobre usted.

| | |
|---------------------------------|---|
| Caducidad: | La asignación a este representante personal caducará el ___/___/___ o en caso de que ocurra el siguiente incidente: _____ |
| Derecho a la revocación: | En cualquier momento, se puede revocar el nombramiento de este representante personal. Para obtener más instrucciones, contacte la oficina de privacidad (Privacy Office) de Davis Vision, Inc. al 1-800-571-3366. La revocación de esta autorización no afectará ninguna acción realizada antes de que Davis Vision, Inc. recibiera la notificación de revocación. |

| | |
|---------------------|---------------------|
| Firma: _____ | Fecha: _____ |
|---------------------|---------------------|

Si la designación del representante personal se hizo a través de un Poder u otro documento iniciado por la Corte, tenga la bondad de adjuntar este(estos) documentos.

POR FAVOR, GUARDE UNA COPIA DE ESTE NOMBRAMIENTO FIRMADO PARA SU EXPEDIENTE