

# NOMTRAMIENTO DE UN REPRESENTANTE PERSONAL Y

## CONSENTIMIENTO PARA PROPORCIONAR INFORMACIÓN

NOMBRE: \_\_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

NÚMERO DE SEGURO SOCIAL: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Yo, \_\_\_\_\_ , por la presente nombro y autorizo \_\_\_\_\_ para servir como mi representante personal en cualquier ó todos los asuntos pertinentes a los servicios y beneficios que yo pueda y tenga derecho a recibir.

De ahora en adelante autoriza a mi representante personal hablar en mi nombre y en todo lo que este relacionado con agencias, organizaciones ó personas. De ahora en adelante autorizo a quien recibe esta forma para proporcionar cualquier y toda la información médico, social, psicologico, educativo, ó cualquier otra información mía a mi representante personal.

Estoy de acuerdo de que una copia de esta forma sera valida como una original.

Esta autorización permanecera vigente hasta ser revocada por mi en escrito.

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Fecha

Representante Personal: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_