

LIMITED POWER OF ATTORNEY / PODER NOTARIAL LIMITADO

For Requesting and Obtaining Health Records / Para Solicitar y Obtener Expedientes de Salud

I, the undersigned patient (the "Principal"), appoint the Agent named below as my attorney-in-fact for the limited purposes stated in this document. I intend for third parties to rely on this Limited Power of Attorney.

Yo, el paciente abajo firmante (el "Poderdante"), nombro al Apoderado indicado abajo como mi apoderado para los fines limitados descritos en este documento. Es mi intención que terceros se basen en este Poder Notarial Limitado.

1. Principal (Patient) / Poderdante (Paciente)

Name / Nombre: _____

Date of birth / Fecha de nacimiento: MM/DD/YYYY Phone / Teléfono: _____

Address / Dirección: _____

2. Agent (Attorney-in-Fact) / Apoderado

Hoang Medical Corporation and its authorized staff / y su personal autorizado
27462 Portola Pkwy, Ste 100, Foothill Ranch, CA 92610
Phone / Tel: (949) 624-7171 • Fax: (818) 381-0850 • NPI: 1972420859

3. Limited Authority Granted / Autoridad Limitada Otorgada

I authorize my Agent, solely on my behalf, to: (a) request, obtain, receive, inspect, and copy my own health, medical, and related billing records from any health-care provider, physician, clinic, hospital, laboratory, imaging center, pharmacy, health plan, or government agency; (b) complete, sign, and submit those entities' own authorization or release-of-information forms on my behalf; and (c) receive those records by mail, fax, or secure electronic delivery. This authority is limited to obtaining my own records for the coordination of my wound care and related treatment.

Autorizo a mi Apoderado, únicamente en mi nombre, a: (a) solicitar, obtener, recibir, inspeccionar y copiar mis propios expedientes de salud, médicos y de facturación relacionada de cualquier proveedor de atención médica, médico, clínica, hospital, laboratorio, centro de imágenes, farmacia, plan de salud o agencia gubernamental; (b) llenar, firmar y presentar los formularios de autorización o divulgación de esas entidades en mi nombre; y (c) recibir esos expedientes por correo, fax o entrega electrónica segura. Esta autoridad se limita a obtener mis propios expedientes para la coordinación de mi cuidado de heridas y tratamiento relacionado.

4. Authority NOT Granted / Autoridad NO Otorgada

This document does not authorize my Agent to make any medical or treatment decisions, financial decisions, or any other decisions for me. It is strictly limited to requesting and receiving my records. It is not a health-care directive and does not appoint a health-care decision-maker.

Este documento no autoriza a mi Apoderado a tomar ninguna decisión médica o de tratamiento, decisiones financieras ni ninguna otra decisión por mí. Se limita estrictamente a solicitar y recibir mis expedientes. No es una directiva de atención médica ni designa a una persona para tomar decisiones de salud.

5. Specially Protected Records / Expedientes con Protección Especial

Records of HIV/AIDS testing or status, mental-health or psychotherapy notes, and drug/alcohol (substance-use) treatment have extra protection under federal and California law and are **excluded** unless you specifically initial to include them. / Los expedientes de pruebas o estado de VIH/SIDA, notas de salud mental o psicoterapia, y tratamiento de drogas/alcohol (uso de sustancias) tienen protección adicional bajo la ley federal y de California y están **excluidos** a menos que ponga sus iniciales específicamente para incluirlos.

Initial to include specially protected records / Iniciales para incluir expedientes con protección especial: _____ (leave blank to exclude / dejar en blanco para excluir)

6. Effective Date, Duration & Revocation / Fecha de Vigencia, Duración y Revocación

This Limited Power of Attorney is effective on the date I sign it and remains in effect until / Este Poder Notarial Limitado entra en vigor en la fecha en que lo firmo y permanece vigente hasta MM/DD/YYYY or until I revoke it, whichever is first. If no date is written, it expires one (1) year from the date signed. I may revoke it at any time by written notice to my Agent. Revocation does not affect actions properly taken before the Agent received notice. / o hasta que lo revoque, lo que ocurra primero. Si no se escribe una fecha, vence un (1) año después de la fecha de la firma. Puedo revocarlo en cualquier momento mediante aviso por escrito a mi Apoderado. La revocación no afecta las acciones debidamente realizadas antes de que el Apoderado recibiera el aviso.

7. Reliance by Third Parties & Governing Law / Confianza de Terceros y Ley Aplicable

A photocopy, faxed copy, or electronic copy of this document shall have the same effect as the original. Any third party who acts in good-faith reliance on this document is protected as though dealing directly with me. This document is governed by the laws of the State of California, and if any part is found invalid, the remainder stays in effect.

Una fotocopia, copia por fax o copia electrónica de este documento tendrá el mismo efecto que el original. Cualquier tercero que actúe de buena fe basándose en este documento queda protegido como si tratara directamente conmigo. Este documento se rige por las leyes del Estado de California y, si alguna parte se declara inválida, el resto permanece vigente.

8. Principal's Signature / Firma del Poderdante

Signature of Principal (patient) / Firma del Poderdante (paciente)

Date / Fecha

Printed name of Principal / Nombre en letra de molde del Poderdante

9. Witnesses / Testigos (if used in place of, or in addition to, notarization / si se usan en lugar de, o además de, la notarización)

Witness 1 signature & date / Firma y fecha del testigo 1

Witness 2 signature & date / Firma y fecha del testigo 2

Witness 1 printed name / Nombre del testigo 1

Witness 2 printed name / Nombre del testigo 2

Notary Acknowledgment (California) / Reconocimiento Notarial (California)

A notary public or other officer completing this certificate verifies only the identity of the individual who signed the document to which this certificate is attached, and not the truthfulness, accuracy, or validity of that document.

Un notario público u otro funcionario que complete este certificado verifica únicamente la identidad de la persona que firmó el documento al que se adjunta este certificado, y no la veracidad, exactitud o validez de dicho documento.

State of California, County of _____

On _____ before me, _____ (notary name and title), personally appeared _____, who proved to me on the basis of satisfactory evidence to be the person whose name is subscribed to the within instrument and acknowledged to me that he/she executed the same in his/her authorized capacity, and that by his/her signature on the instrument the person executed the instrument.

I certify under PENALTY OF PERJURY under the laws of the State of California that the foregoing paragraph is true and correct.

WITNESS my hand and official seal.

Signature of Notary Public

(Notary seal)