

Formulario de Designación de Representante Autorizado bajo HIPAA

Un Representante Autorizado es una persona nombrada por un beneficiario/suscriptor para consentir que a su nombre pueda recibir Información Protegida de Salud (*PHI*, por sus siglas en inglés). Al firmar este formulario, estoy autorizando a First Medical Health Plan, Inc. (First Medical) a discutir y/o divulgar mi Información Protegida de Salud, incluyendo información de reclamaciones, a las personas designadas como Representantes Autorizados. Esta autorización no es un poder legal y no permite al Representante Autorizado tomar decisiones de tratamiento o cuidado de salud.

| I. Información del Beneficiario/Suscriptor: (Favor escribir en letra de molde) | | |
|--|---|---|
| Nombre: | Inicial: | Apellidos: |
| Fecha de Nacimiento: | Número de Identificación del Plan/Número de Contrato: | |
| Dirección Postal: | | |
| Teléfono Residencial: | Teléfono Celular: | |
| Correo Electrónico: _____ | | |
| <input type="checkbox"/> Autorizo a First Medical a enviar información a mi correo electrónico de forma segura (Cifrada). | | |
| II. Tipo de Solicitud | | |
| <input type="checkbox"/> Nueva Solicitud - Asignar un Representante Autorizado para actuar en mi nombre o de mi dependiente. | | |
| <input type="checkbox"/> Actualizar Solicitud Existente - Modificar nombramiento de un Representante Autorizado. | | |
| <input type="checkbox"/> Revocar Nombramiento de Representante Autorizado - Solicitar la terminación de un Representante Autorizado. Favor indicar fecha efectiva de terminación: _____ | | |
| III. Información de la persona u organización nombrada como Representante Autorizado | | |
| Nombre: | Número de Licencia de Conducir o últimos cuatro dígitos de SS.: | |
| Dirección Postal: | | |
| Teléfono Residencial: | Teléfono Celular: | Número de Fax: |
| Relación con el Beneficiario/Suscriptor: | | |
| Nombre: | Número de Licencia de Conducir o últimos cuatro dígitos de SS.: | |
| Dirección Postal: | | |
| Teléfono Residencial: | Teléfono Celular: | Número de Fax: |
| Relación con el Beneficiario/Suscriptor: | | |
| IV. Limitaciones del Nombramiento: | | |
| Usted tiene el derecho de limitar el tipo de información que se le puede brindar al/a los Representante(s) Autorizado(s) nombrado(s) en el encasillado III de este formulario. Entiendo que, al dejar esta sección en blanco, no estoy limitando la información que pueda ser divulgada al/a los Representante(s) Autorizado(s). Limitaciones de la Autorización: | | |
| <input type="checkbox"/> Reclamaciones y Pagos | <input type="checkbox"/> Elegibilidad y Afiliación | <input type="checkbox"/> Referidos y Pre-autorizaciones |
| <input type="checkbox"/> Archivo Médico | <input type="checkbox"/> Deudas y Facturación | <input type="checkbox"/> Enfermedades de Transmisión Sexual |
| <input type="checkbox"/> VHI/SIDA | <input type="checkbox"/> Alcohol/Sustancias Controladas | <input type="checkbox"/> Abortos/Planificación Familiar |
| <input type="checkbox"/> Apelaciones | <input type="checkbox"/> Otros: | |

V. Vigencia

Este nombramiento es vigente a partir de la fecha de la designación, hasta el término de duración que usted especifique:

Seis (6) meses

Un (1) año

Otro Término ____/____/____

VI. Sus Derechos

Entiendo que:

- Este nombramiento está basado en mi necesidad. First Medical no lo impone como condición para recibir tratamiento, pago, afiliación o elegibilidad de beneficios.
- Puedo revocar este nombramiento en cualquier momento, enviando notificación por escrito a First Medical con al menos (5) días laborables de anticipación. Si revoco este nombramiento, esto no afectará cualquier acción que First Medical haya tomado antes de recibir la notificación escrita.
- Una vez mi Información Protegida de Salud se haya divulgado a la persona u organización especificada en el encasillado III de este formulario, la información en su posesión podría no estar protegida por las regulaciones de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud (HIPAA) o alguna otra ley federal o local que protege la privacidad de información de salud.
- First Medical no tratará a alguien como su Representante Autorizado si tenemos razones para creer que: (1) Usted puede estar sujeto a violencia doméstica, abuso o negligencia por parte de su Representante Autorizado; (2) El tratar a la persona como su Representante Autorizado puede ponerlo en peligro; o (3) En el ejercicio del juicio profesional First Medical decide que no está en su mejor interés el tratar a la persona como su Representante Autorizado.
- Esta solicitud expirará en la fecha especificada en el encasillado V de este formulario o al momento de la revocación.
- Puedo solicitar copia de este formulario firmado.

VII. Certificación

Yo, _____, he tenido amplia oportunidad de leer y entender el contenido de este formulario. Libre y voluntariamente relevo a First Medical de toda responsabilidad legal que pueda surgir por el nombramiento del/de los Representante(s) Autorizado(s). Entiendo que al firmar este documento autorizo a First Medical a permitir que mi Representante Autorizado actúe en mi nombre según descrito anteriormente.

Firma del Beneficiario/Suscriptor: _____ Fecha: _____

Si usted es un Representante Legal del Beneficiario/Suscriptor deberá:

1. Indicar su nombre completo: _____
2. Describir su autoridad para actuar por el Beneficiario/Suscriptor (por ejemplo: poder, orden judicial, etc.)

3. Proveer una copia del documento legal que lo nombra como Representante Legal. Un documento de representación del Seguro Social no es admisible para propósito de este formulario (favor de solicitar asistencia a un Representante de Servicio al Cliente).

Formularios incompletos no serán procesados. Todos los campos son requeridos, a menos que se especifique lo contrario. Favor completar, firmar y enviar este formulario a:

First Medical Health Plan, Inc.
Unidad de Privacidad
PO Box 191580
San Juan PR 00919-1580

Si tiene preguntas sobre este formulario, puede comunicarse con First Medical al 787-474-3999, ext. 2108.