

Formulario de Representante Autorizado (Authorized Representative Form)

Sección 1: Nombramiento del representante autorizado (Section 1: Appointment of Authorized Representative)

Nombro a: _____
(I appoint)

Nombre: _____
(Name)

Dirección: _____
(Address)

Número de teléfono: _____
(Telephone Number)

como mi representante autorizado a los fines descritos en la Sección 2 y 3 más adelante. Comprendo que este acuerdo es voluntario y que se realiza para confirmar mis instrucciones.

(as my authorized representative for the purposes described in Sections 2 and 3 below. I understand this agreement is voluntary and made to confirm my direction.)

Comprendo que mi representante autorizado puede además divulgar mi información, la que puede no estar protegida por las leyes federales o estatales de privacidad.

(I understand that my authorized representative may further disclose my information, and it may not be protected by federal or state privacy laws.)

Nombre: _____
(Name)

Dirección: _____
(Address)

Número de teléfono: _____ Correo electrónico: _____
(Telephone Number) (E-mail)

Número de identificación: _____ Número del grupo: _____
(Identification Number) (Group Number)

Sección 2: Alcance de la autoridad (Section 2: Scope of authority)

Autorizo la divulgación de mi información médica protegida a mi representante autorizado para los siguientes fines (marque sólo uno):

(I authorize the disclosure of my protected health information to my authorized representative for the following purposes (check only one):)

____ Divulgar mi solicitud sólo para la solicitud N° _____
(Disclose my claim for claim # _____ only)

____ Divulgar todas las solicitudes relacionadas sólo con mi diagnóstico de _____
(Disclose all claims related to my diagnosis of _____ only)

____ Divulgar todas las solicitudes sólo para el proveedor _____ (escriba nombre del médico u hospital)
(Disclose all claims for _____ provider only) (write name of physician or hospital)

___ Divulgar todas las solicitudes para la/a fecha/s de servicio _____ (*escriba fecha específica o período entre fechas*)

(*Disclose all claims for _____ date(s) of service (write specific date or span of dates)*)

___ Divulgar todas mis solicitudes independientemente de las fechas, proveedor o diagnósticos.

(*Disclose all of my claims regardless of dates of service, provider or diagnosis.*)

___ Otro: _____

(*Other:*)

Sección 3: Opciones para la divulgación

(Section 3: Options for Disclosures)

Autorizo la divulgación de mi información médica protegida a mi representante autorizado por los siguientes medios (marque sólo una):

(*I authorize the disclosure of my protected health information to my authorized representative by the following means: (check only one):*)

___ Divulgar mi información médica protegida sólo por teléfono.

(*Disclose my protected health information by telephone only.*)

___ Divulgar mi información médica protegida sólo enviando todos los documentos originales por correo estadounidense (*Comprendo que la elección de esta opción significa que todas las divulgaciones en adelante se darán a mi representante autorizado.)

(*Disclose my protected health information by sending all original documents by U.S. mail only (*I understand that choosing this option means that all further disclosures will be given to my authorized representative.)*)

___ Divulgar mi información médica protegida por teléfono y U.S. Mail (*Comprendo que la elección de esta opción significa que todas las divulgaciones en adelante se darán a mi representante autorizado.)

(*Disclose my protected health information by both telephone and U.S. Mail (*I understand that choosing this option means that all further disclosures will be given to my authorized representative.)*)

Sección 4: Conclusión y revocación

(Section 4: Expiration and Revocation)

Vencimiento: Este nombramiento de representante autorizado vencerá (marque sólo una):

(*Expiration: This authorized representative appointment will expire (check only one):*)

___ El ___/___/___

(*On*)

___ En caso de que ocurra el siguiente evento: _____

(*On the occurrence of the following event:*)

Revocación: Comprendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento enviando una notificación por escrito de mi revocación a:

(*Revocation: I understand that I may revoke this authorization at any time by giving written notice of my revocation to:*)

Medical StaffCARE

P.O. Box 6702

Columbia, SC 29260-6702

Número de teléfono = (866) 798-0803

Comprendo que la revocación de este nombramiento no afectará ninguna acción que ustedes hayan tomado de acuerdo con este nombramiento antes de recibir mi notificación de revocación.

(*I understand that revocation of this appointment will not affect any action you took in reliance on this appointment before you received my notice of revocation.*)

Sección 5: Firma***Section 5: Signature***

Yo, _____, he tenido amplia oportunidad para leer y considerar el contenido de este nombramiento y confirmo que el contenido concuerda con mis instrucciones. Comprendo que, firmando este formulario, estoy confirmando el nombramiento de mi representante autorizado, el alcance de la autoridad de mi representante autorizado, los medios por los que mi representante autorizado recibirá las divulgaciones, el vencimiento de este nombramiento y la opción de revocación del mismo.

(I, _____, have had full opportunity to read and consider the contents of this appointment, and I confirm that the contents are consistent with my direction. I understand that, by signing this form, I am confirming my appointment of my authorized representative, the scope of my authorized representative's authority, the means by which my authorized representative shall receive disclosures, the expiration of this appointment and the option of revoking of this appointment.)

Firma: _____
(Signatura)

Fecha: _____
(Date)

Si esta autorización es firmada por un representante personal a nombre del individuo, termine lo siguiente.
(If this authorization is signed by a personal representative on behalf of the individual, complete the following):

Nombre Representante Personal: _____
(Personal Representative's Name:)

Relación a el Individuo: _____
(Relationship to Individual:)

Devuelva este formulario completo a: Medical StaffCARE
(Please return the completed form to) P.O. Box 6702
Columbia, SC 29260-6702

Gracias por su cooperación.
(Thank you for your cooperation.)

Representante de Solicitudes
(Claims Representative)