

## 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 ( <i>Mes/Día/Año</i> ):		Número de Identificación del Plan/Número de Contrato:
Dirección Postal:		
Teléfono Principal:		Teléfono Alternativo:
Correo Electrónico: _____		
<input type="checkbox"/> Autorizo a First Medical a enviar información a mi correo electrónico de forma segura ( <i>Cifrada</i> ).		
II. Tipo de Solicitud		
<input type="checkbox"/> <b>Nueva Solicitud</b> - Asignar un Representante Autorizado para actuar en mi nombre o de mi dependiente.		
<input type="checkbox"/> <b>Actualizar Solicitud Existente</b> - Modificar nombramiento de un Representante Autorizado.		
<input type="checkbox"/> <b>Revocar Nombramiento de Representante Autorizado</b> - 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:		
Dirección Postal:		
Teléfono Principal:	Teléfono Alternativo:	Número de Licencia de Conducir o últimos cuatro dígitos de SS.:
Relación con el Beneficiario/Suscriptor:		
Nombre:		
Dirección Postal:		
Teléfono Principal:	Teléfono Alternativo:	Número de Licencia de Conducir o últimos cuatro dígitos de SS.:
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:

 Un (1) año

 Otro Término \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

 No caduca
**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 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.