

Instrucciones del Formulario de Autorización de Representante Personal

Las leyes estatales y federales le otorgan el derecho de elegir a una o más personas para que actúen en su nombre con respecto a la información de salud que le pertenece. Al completar el Formulario de Autorización de Representante Personal, está informando a BeHealthy Partnership que eligió a la persona designada como su Representante Personal. Este formulario también autoriza a BeHealthy Partnership a divulgar su información médica protegida (Protected Health Information, PHI) a la persona que designa. Se requiere la firma de un menor mayor de 12 años de edad para autorizar la divulgación de información confidencial a sus padres o su tutor legal. (Para autorizar la divulgación, el menor debe completar la Sección 3 y firmar este formulario).

Si tiene preguntas acerca de este formulario, comuníquese con el Servicio de Atención al Miembro al **(413) 788-0123** o **(800) 786-9999**.

INSTRUCCIONES: Complete todas las secciones del formulario. Escriba todas las respuestas en letra de imprenta o a máquina. Se debe llenar este formulario por completo para que sea válido.

Una vez completo, imprímalo y envíelo por correo postal o fax a:

BeHealthy Partnership

Attention: Enrollment Department

One Monarch Place, Suite 1500, Springfield, MA 01144-1500 | Fax: (413) 233-2635

Tenga en cuenta: Este formulario está disponible para imprimir en línea en behealthypartnership.org/forms.

Sección 1. Proporcione la siguiente información de identificación de miembro:

- **Número de identificación de miembro de BeHealthy Partnership de su tarjeta de identificación de miembro.**
- **Nombre, dirección, teléfono y fecha de nacimiento del miembro.**

Sección 2. Proporcione la siguiente información de identificación del Representante Personal:

- **Nombre del representante:** Nombre de la persona que autoriza a recibir su PHI.
- **Dirección:** Dirección de su Representante Personal.
- **Teléfono:** Números de teléfono (particular, celular y laboral) de su Representante Personal.
- **Relación con el miembro:** Relación del Representante Personal con el miembro (por ejemplo, padre, madre, cónyuge, amigo o abogado).

Sección 3. Proporcione el tipo de información que se puede divulgar y cualquier limitación de fecha.

- **Toda la información:** Marque si autoriza que se comparta toda la PHI con su Representante Personal, a excepción de la información médica confidencial. (Tenga en cuenta que aún debe marcar las casillas para compartir cualquier información confidencial si desea autorizar la divulgación de esta información).
- **Información médica confidencial:** Marque las casillas para el tipo de información autorizada, si corresponde. Tenga en cuenta lo siguiente: Se requiere la firma de un menor mayor de 12 años de edad para autorizar la divulgación de información médica confidencial a sus padres o su tutor legal a fin de que BeHealthy Partnership divulgue esta información. (Para autorizar la divulgación, el menor debe completar esta sección y firmar el formulario junto con uno de los padres o el tutor para que sea válido).
- **Solamente la información especificada [tipo(s)/fecha(s)]:** Indique el tipo de información y cualquier rango de fechas autorizado. Por ejemplo, puede autorizar a BeHealthy Partnership a compartir información sobre reclamaciones específicas para determinadas fechas de servicio.

Sección 4. Indique el propósito de la autorización.

- **Cualquier motivo:** Marque si autoriza la divulgación cualquiera sea el motivo. Su Representante Personal tendrá todos los derechos y privilegios que tenga usted con respecto a su información de salud, incluidas, entre otras, solicitar autorización en su nombre para ciertos servicios, cambiar su proveedor de atención primaria, discutir su elegibilidad, información de reclamaciones o facturación y solicitar copias de sus registros.
- **Quejas/Apelaciones:** Marque si solo autoriza la divulgación para ayudarlo con una queja o apelación. Especifique en la Sección 3 el tipo de información; por ejemplo, el nombre del proveedor y la(s) fecha(s) de la reclamación o autorización denegada que desea apelar. Dicha autorización incluirá el derecho a ver cualquier documento, incluidos los registros médicos, relacionados con esta apelación.
- **Otro propósito (especifique):** Especifique otros motivos específicos para la divulgación; por ejemplo, para recibir “Ayuda con su factura”. Una vez más, asegúrese de incluir cualquier límite sobre lo que nos autoriza a comentar.

Sección 5. Revise los Términos de la Autorización y especifique una fecha de finalización, si corresponde.

Si no indica una fecha de finalización, la autorización permanecerá en vigencia hasta que nos envíe un aviso por escrito de que desea finalizar la autorización. Si desea revocar la autorización, puede encontrar el Formulario de Revocación de Autorización disponible para imprimir en línea en behealthypartnership.org/forms.

Sección 6. Imprima, firme y feche el formulario. (Tenga en cuenta que un menor mayor de 12 años de edad debe firmar el formulario aquí y completar la Sección 3 si dicho menor desea autorizar a uno de sus padres a recibir información confidencial, como se indicó anteriormente).

Sección 7. Si la persona es un menor o no puede firmar (por ejemplo, debido a una incapacidad), el Representante Personal también debe firmar y completar esta sección. (Si es otra persona que no sea uno de los “padres”, adjunte la documentación como, por ejemplo, nombramiento legal, poder, etc.).

FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN DE REPRESENTANTE PERSONAL

1.	N.º de identificación de miembro (N.º de la tarjeta de BeHealthy Partnership):		
	Nombre del miembro:		
	Dirección particular:		
	Teléfono particular:		Fecha de nacimiento:
2.	Nombre del representante:		
	Dirección:		
	Teléfono:	Particular:	Celular: Laboral:
	Relación con el miembro:		
3.	Proporcione el tipo de información que se puede divulgar y cualquier limitación de fecha. Autorizo a BeHealthy Partnership a divulgar la siguiente información de salud a mi Representante Personal: <input type="checkbox"/> Toda la información médica no confidencial		
	Los siguientes tipos de información médica confidencial (marque todas las opciones que autoriza)* <input type="checkbox"/> Aborto <input type="checkbox"/> Abuso de sustancias/alcohol <input type="checkbox"/> Salud mental <input type="checkbox"/> Embarazo <input type="checkbox"/> SIDA/VIH <input type="checkbox"/> Análisis genéticos <input type="checkbox"/> Maltrato físico <input type="checkbox"/> Enfermedades de transmisión sexual <input type="checkbox"/> Solamente la información especificada [tipo(s)/fecha(s)]:		
	<i>*Los miembros de 12 años de edad o mayores deben autorizar específicamente cada tipo de información médica confidencial que se puede divulgar.</i>		
4.	Propósito: <input type="checkbox"/> Cualquier motivo <input type="checkbox"/> Solo la apelación o queja <input type="checkbox"/> Otro: _____		
5.	Términos de esta Autorización: a. Comprendo que, una vez que se divulgue mi información a mi Representante Personal, BeHealthy Partnership no puede garantizar que mi Representante Personal no volverá a divulgar mi información de salud a terceros, y que es posible que las leyes federales y estatales ya no puedan proteger esta información. b. Comprendo que puedo negarme a firmar o puedo revocar (en cualquier momento) esta Autorización por cualquier motivo y que dicha denegación o revocación no afectará el inicio, la continuación o la calidad del tratamiento de BeHealthy Partnership hacia mi persona, la inscripción al plan de salud o la elegibilidad para recibir beneficios. c. Comprendo que esta Autorización se mantendrá en vigencia hasta: _____ (fecha) o (si no se proporciona una fecha) hasta que proporcione el aviso de revocación por escrito a la dirección que aparece a continuación. La revocación tendrá efecto de inmediato al momento en que BeHealthy Partnership reciba y procese mi aviso por escrito, excepto en el caso de que la revocación no tenga efecto sobre las acciones llevadas a cabo de acuerdo con mi Autorización antes de que BeHealthy Partnership reciba mi aviso por escrito de su revocación.		

6.	<p>He leído y comprendido los términos de esta Autorización. Por el presente, consciente y voluntariamente, autorizo a BeHealthy Partnership a utilizar o divulgar mi información de la manera que se describe anteriormente.</p> <p>_____</p> <p>Firma de la persona que autoriza la divulgación de la información de salud Fecha</p>
7.	<p>Si la persona es un menor o de otro modo no puede firmar, firme y complete a continuación. (Si es otra persona que no sea uno de los “padres”, adjunte la documentación como, por ejemplo, nombramiento legal, poder, etc.).</p> <p>_____</p> <p>Firma del tutor legal autorizado, Agente de la Atención de la Salud u otro Representante Personal Relación Fecha</p>