

## 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 médica 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 usted elija. 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 or (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 lo siguiente:** Este formulario está disponible para imprimir en línea en [behealthypartnership.org/forms](http://behealthypartnership.org/forms).

---

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

- *N.º 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 los tipos 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 motivo 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 médica, incluidos, entre otros, 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 motivo (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 la fecha de finalización, si corresponde. BeHealthy Partnership/Health New England tiene un período de conservación de registros de diez (10) años.** Si no proporciona una fecha de finalización, esta autorización tendrá validez por diez (10) años a partir de la fecha en que se firma. Si desea poner fin a esta autorización antes, debe enviarnos un aviso por escrito para poner fin a la autorización. Si desea revocar la autorización, puede encontrar el formulario de Revocación de Autorización disponible para imprimir en línea en [behealthypartnership.org/forms](https://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.).

1.	N.º de identificación de miembro: (N.º de 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.	<b>Proporcione el tipo de información que se puede divulgar y cualquier limitación de fecha.</b>			
	Autorizo a BeHealthy Partnership a divulgar la siguiente información médica a mi Representante Personal:			
	<input type="checkbox"/> Toda la información médica no confidencial			
	<b>Los siguientes tipos de información médica confidencial (marque todas las opciones que autoriza)*</b>			
	<input type="checkbox"/> Aborto	<input type="checkbox"/> Abuso de alcohol/sustancias	<input type="checkbox"/> Salud mental	<input type="checkbox"/> Embarazo
	<input type="checkbox"/> SIDA/VIH	<input type="checkbox"/> Análisis genéticos	<input type="checkbox"/> Abuso físico	<input type="checkbox"/> Enfermedades de transmisión sexual
<input type="checkbox"/> <b>Solamente la información especificada [tipo(s)/fecha(s)]:</b>				
*Los miembros de 12 años de edad o mayores deben autorizar específicamente cada tipo de Información Médica Confidencial que se puede divulgar.				
4.	<b>Motivo:</b> <input type="checkbox"/> <b>Cualquier motivo</b> <input type="checkbox"/> <b>Solo apelación o queja</b> <input type="checkbox"/> <b>Otro:</b> (Especifique abajo)			
5.	<b>Términos de esta Autorización:</b>			
	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 médica 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.			
	<i>La Sección 5 continúa en la página siguiente.</i>			

<p>c. <b>Comprendo que esta Autorización se mantendrá en vigencia hasta lo que suceda primero de lo siguiente:</b> <input type="text"/> <b>(fecha), o diez (10) años a partir de la fecha de la firma del miembro, o hasta que yo proporcione un aviso de revocación por escrito a la dirección que se detalla al final de este formulario.</b> 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.</p>
<p><b>6. 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.</b></p> <p>_____</p> <p><b>Firma de la persona que autoriza la divulgación de información médica</b> <span style="float: right;"><b>Fecha</b></span></p>
<p><b>7. 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.).</b></p> <p>_____</p> <p><b>Firma del tutor legal autorizado,</b> <span style="margin-left: 150px;"><b>Relación</b></span> <span style="float: right;"><b>Fecha</b></span>  <b>Agente de atención de la salud u otro Representante Personal</b></p>

**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