

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.

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 ayudarle 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.

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):			
	Dirección particular:			
	Nombre del miembro:			
	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 médica 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 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"/> 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.	Motivo: <input type="checkbox"/> Cualquier motivo <input type="checkbox"/> Solo apelación o queja <input type="checkbox"/> Otro: (Especifique abajo)			
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 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.			

La Sección 5 continúa en la página siguiente.

<p>c. Comprendo que esta Autorización se mantendrá en vigencia hasta lo que suceda primero de lo siguiente: <input type="text"/> (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. 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>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.</p> <p>_____</p> <p>Firma de la persona que autoriza la divulgación de información médica Fecha</p>
<p>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.).</p> <p>_____</p> <p>Firma del tutor legal autorizado, Relación Fecha Agente de atención de la salud u otro Representante Personal</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