

Formulario de solicitud de designación de representante personal autorizado



La **negrita** indica los campos obligatorios.

A. Información del miembro		
1. Nombre del miembro	2. Identificación del miembro (números y letras)	3. Fecha de nacimiento
4. Dirección		
5. Número de teléfono celular	6. Número de teléfono de la casa	7. Dirección de correo electrónico
8. Idioma principal		9. Nombre del suscriptor, <i>si es diferente del miembro</i>

B. Información del representante personal autorizado	
10. Nombre	11. Fecha de nacimiento
12. Dirección de correo postal	
13. Número de teléfono celular	14. Número de teléfono de la casa
15. Relación <input type="checkbox"/> Representante personal autorizado <input type="checkbox"/> Tutor* <input type="checkbox"/> Apoderado* <i>El asterisco (*) indica que se necesita documentación de respaldo para el procesamiento.</i> <input type="checkbox"/> Albacea de herencia* <input type="checkbox"/> Padre o madre <input type="checkbox"/> Proveedor	
16. Fecha de vigencia	17. Fecha de terminación

A menos que se indique lo contrario, esta autorización permanecerá vigente por el tiempo que dure la inscripción del miembro.

C. Información sobre el alcance de la autorización	
Coloque sus iniciales abajo junto a la información médica protegida (Protected Health Information, PHI) que AllWays Health Partners pueda compartir con su representante autorizado. Marque todo lo que corresponda.	
<input type="checkbox"/>	18. Toda la información contenida en mi conjunto de registros designados que mantiene AllWays Health Partners, excepto cualquier información privilegiada específica que yo haya indicado en el espacio de abajo:
<input type="checkbox"/>	19. Toda la información relacionada con cualquier apelación o queja actual o futura que yo o mi representante designado presentamos o presentemos ante AllWays Health Partners.
<input type="checkbox"/>	20. Otra; <i>especificar:</i>

continúa

C. Información sobre el alcance de la autorización (continuación)

21. Tenga en cuenta que AllWays Health Partners **no** compartirá la siguiente información privilegiada, a menos que usted dé su consentimiento específico para que se la revele, colocando sus iniciales en la categoría específica de información:

- Toda la información relacionada con el VIH o el sida, incluidos los resultados de las pruebas y el diagnóstico.
- Alusión a enfermedades de transmisión sexual o su tratamiento.
- Alusión a un embarazo o a la interrupción de un embarazo, o su tratamiento.
- Información psiquiátrica o psicológica.
- Tratamiento para el consumo de alcohol o drogas.

22. Al enviar este formulario, usted entiende y acepta que:

- A. Tiene derecho a elegir a una o más personas para que actúen en su nombre con relación a su información médica protegida (PHI).
- B. Autoriza a AllWays Health Partners y a sus proveedores contratados a compartir su información médica protegida con su representante personal autorizado como se describe arriba.
- C. Este formulario **no** es un poder de atención médica y **no** autoriza a su representante personal autorizado a tomar decisiones médicas en su nombre.
- D. Una vez que se revela la PHI, AllWays Health Partners no puede garantizar que el representante personal autorizado no vuelva a revelar la información a un tercero.
- E. Se requerirá la presentación de un nuevo formulario si se quiere hacer modificaciones en los permisos de autorización.
- F. Esta autorización es voluntaria, y usted puede negarse a firmarla o puede revocarla en cualquier momento y por cualquier motivo presentando una notificación por escrito a AllWays Health Partners. Rechazar o revocar esta autorización no afectará el inicio, la continuidad ni la calidad del tratamiento, de la inscripción en el plan médico o de la elegibilidad de beneficios de AllWays Health Partners.
- G. Esta autorización permanecerá vigente hasta 1) la fecha de terminación que usted indicó arriba, 2) hasta el final de su inscripción en AllWays Health Partners, o 3) hasta que dé un aviso de revocación por escrito a AllWays Health Partners.
- H. Si envía una solicitud para revocar esta autorización, la revocación entrará en vigencia inmediatamente después de que AllWays Health Partners la haya recibido, pero no se aplicará a ninguna medida tomada antes de la fecha en que se recibió y procesó su solicitud.

D. Firmas requeridas

Firma del miembro _____ Fecha _____
El miembro debe tener al menos 18 años de edad o estar legalmente capacitado para dar dicha autorización.

Firma del representante personal _____ Fecha _____

Si alguien que no sea el miembro presenta este formulario, dicha persona debe completar la información de abajo. Si usted es el representante legal pero no es el padre ni la madre, debe proporcionar, junto con este documento, documentación que demuestre su condición.

Nombre _____ Relación _____

Dirección _____

Firma _____ Fecha _____

Si usted es el representante legal pero no es el padre ni la madre, debe proporcionar, junto con este documento, documentación que demuestre su condición.

Devuelva el formulario completado por correo electrónico, correo postal o fax.

Correo electrónico: customerservice@allwayshealth.org **Correo postal:** AllWays Health Partners **Fax:** 617-526-1985
Imprima, firme, escanee y luego envíe por correo electrónico el formulario completado. Customer Service Department
 399 Revolution Drive, Suite 820
 Somerville, MA 02145

El procesamiento tardará 10 días hábiles.

Definiciones importantes

Albacea de herencia

Persona responsable de administrar los asuntos del patrimonio sucesorio de una persona fallecida.

Apelación

Solicitud que se hace a un plan médico para que revise una decisión de denegación de un beneficio o un pago por razones clínicas o administrativas. Usted también puede presentar una apelación si no está de acuerdo con la decisión de AllWays Health Partners de suspender la cobertura de los servicios que está recibiendo.

Apoderado

Persona a la que se le da un documento legal que le concede la autoridad para actuar en nombre de otra persona en algunos o todos los asuntos legales o financieros y para tomar decisiones por ella.

Conjunto de registros designados

Grupo de registros mantenidos por o para AllWays Health Partners, que incluye información contenida en los sistemas de registro de inscripción, pago, adjudicación de reclamos y administración de casos, así como cualquier otra información utilizada total o parcialmente para tomar decisiones sobre usted, y que incluye registros en poder de los socios comerciales de AllWays Health Partners que cumplen la definición de conjunto de registros designados.

Información médica protegida (PHI)

Cualquier información sobre el estado de salud, la prestación de atención médica o el pago de la atención médica, que AllWays Health Partners o uno de sus socios comerciales cree o recopile y que pueda vincularse a una persona específica.

Padre o madre

Los padres que figuran en los archivos de AllWays Health Partners.

Poder de atención médica

Documento legal que le permite a una persona designar a alguien que conoce y en quien confía para tomar decisiones de atención médica si, por cualquier motivo y en cualquier momento, la persona se vuelve incapaz de tomar o comunicar esas decisiones.

Proveedor

Médico, osteópata, podólogo, dentista, quiropráctico, psicólogo clínico, optometrista, enfermero practicante, enfermera partera o trabajador social clínico autorizado para practicar y desempeñarse dentro del alcance de su práctica según lo define la ley estatal.

Queja

Cualquier reclamo oral o escrito presentado por un miembro a AllWays Health Partners o a uno de sus designados de administración de utilización sobre la atención o el servicio que recibió de AllWays Health Partners o de un proveedor participante. Este tipo de reclamo se refiere al servicio que recibe o a la calidad de su atención y no implica una disputa sobre una decisión de pago o cobertura.

Representante personal autorizado

Persona designada por escrito para que se le den los mismos derechos que al miembro cuando hace trámites con AllWays Health Partners, excepto por cualquier limitación especificada.

Tutor

Persona que tiene la autoridad legal (y la obligación correspondiente) de cuidar los intereses personales y de propiedad de otra persona.