

Formulario de solicitud de designación de representante personal autorizado

(todos los campos son obligatorios cuando corresponda)

Sección 1: Información del miembro		
Nombre del miembro:	Identificación de miembro (números y letras):	Fecha de nacimiento: (MM/DD/AAAA):
Dirección:		
Número telefónico:		
Sección 2: Información sobre el representante personal autorizado		
Nombre:	Fecha de nacimiento: (MM/DD/AAAA)	
Dirección postal:		
Número telefónico:		
Relación con el miembro: <i>* Indica la documentación de respaldo necesaria para el procesamiento.</i>		
Pariente, amigo, otra Tutor* Poder notarial* Albacea de patrimonio* Padre Proveedor		
Fecha de entrada en vigencia:	Fecha de finalización:	
<i>A menos que se indique lo contrario, esta autorización permanecerá vigente durante la inscripción del miembro o hasta que se revoque por escrito.</i>		
Sección 3: Alcance de los detalles de la autorización		
Escriba sus iniciales en cada casilla para indicar el alcance de la información que autoriza a Mass General Brigham Health Plan a analizar o divulgar a su representante personal autorizado designado. Escriba sus iniciales en todas las opciones que correspondan.		
Toda la información: Autorizo a divulgar o presentar información sobre: reclamaciones, facturas, beneficios, inscripción, elegibilidad, farmacia (si corresponde), diagnóstico de salud conductual, procedimientos, datos del proveedor y cualquier información no confidencial que figure en los registros designados que conserva Mass General Brigham Health Plan.		
Apelaciones y quejas formales: Además de la información mencionada anteriormente, autorizo a divulgar o presentar datos sobre cualquier apelación o queja formal actual o futura que yo o mi representante personal autorizado iniciemos con Mass General Brigham Health Plan. Tenga en cuenta lo siguiente: Al designar a un proveedor como representante autorizado de un miembro de la ACO, Mass General Brigham Health Plan se comunicará con el proveedor únicamente si existe un formulario firmado en el expediente antes de la fecha límite para responder la apelación o queja formal.		
Solo para miembros de ACO/MassHealth: Autorizo a mi representante personal autorizado a obtener y divulgar mis datos clínicos y de reclamaciones a través de una aplicación de terceros a elección de mi representante personal. Esto puede incluir todos los datos aplicables enumerados en la Sección 3 y la Sección 4. Mass General Brigham Health Plan no tiene control sobre aplicaciones de terceros. Las aplicaciones de terceros no están sujetas a las mismas normas de seguridad y privacidad de la información que Mass General Brigham Health Plan. Para obtener más información sobre la elección de una aplicación de terceros, le recomendamos a usted y a su representante personal que visiten nuestro sitio web en MGBHP.org/interoperability .		

Sección 4: Información confidencial

Asimismo, doy mi consentimiento para que se divulgue o presente mi información confidencial/privilegiada conservada por Mass General Brigham Health Plan en sus registros. **Escriba sus iniciales en todas las opciones que correspondan.** Tenga en cuenta que, a menos que lo autorice al colocar sus iniciales, Mass General Brigham Health Plan **no** divulgará la siguiente información a su representante personal autorizado.

Información sobre VIH/sida, incluidos resultados de pruebas y diagnóstico.

Información que haga referencia a enfermedades de transmisión sexual o su tratamiento.

Información que haga referencia a un embarazo o un tratamiento de embarazo, o bien a la interrupción del embarazo.

Información psiquiátrica/psicológica.

Información sobre un tratamiento por consumo de alcohol/drogas.

Sección 5: Acuerdos

Al enviar este formulario, usted entiende y acepta que:

- Tiene derecho a elegir a una o más personas para que actúen en su nombre con respecto a su Información médica protegida (PHI).
- Usted autoriza a Mass General Brigham Health Plan y a sus proveedores contratados a compartir su Información médica protegida con su Representante personal autorizado como se describe anteriormente.
- Este formulario no es un Poder para la atención médica y no autoriza a su Representante personal autorizado a tomar decisiones médicas en su nombre.
- Una vez divulgada la PHI, Mass General Brigham Health Plan no puede garantizar que el Representante personal autorizado no vuelva a divulgar la información a un tercero.
- Cualquier modificación requerirá la presentación de un nuevo formulario.
- Esta autorización es voluntaria y usted puede negarse a firmarla o puede revocarla en cualquier momento y por cualquier motivo notificándose por escrito a Mass General Brigham Health Plan. Rechazar o revocar esta autorización no afectará el comienzo, la continuación o la calidad del tratamiento, la inscripción en el plan de salud o la elegibilidad para beneficios de Mass General Brigham Health Plan.
- Esta autorización permanecerá en vigencia hasta 1) la fecha de terminación que usted haya indicado arriba, 2) hasta el final de su inscripción en Mass General Brigham Health Plan, o 3) hasta que usted proporcione un aviso por escrito de revocación a Mass General Brigham Health Plan.
- Si envía una solicitud para revocar esta autorización, la revocación entrará en vigencia inmediatamente después de que Mass General Brigham Health Plan la reciba, pero no aplicará a ninguna medida tomada con anterioridad a la fecha en que se recibió y procesó su solicitud.

Sección 6: Firmas obligatorias

Firma del miembro _____ Fecha _____

El miembro debe tener al menos 18 años de edad o ser legalmente capaz de realizar dicha autorización.

Firma del representante personal _____ Fecha _____

Si alguien que no sea el miembro está enviando este formulario, complete la información que se indica a continuación. Para los representantes legales, la documentación de respaldo debe acompañar este formulario.

Nombre _____ Relación con el miembro _____

Devuelva el formulario completo y firmado por correo electrónico, correo postal o fax según se indica a continuación:

Correo electrónico: MGBHPCS@mgb.org

Imprima, firme y escanee el formulario completo y luego envíelo por correo electrónico.

Correo postal: Mass General Brigham Health Plan

Customer Service Department
399 Revolution Drive, Suite 810
Somerville, MA 02145

Fax: 617-526-1985

Definiciones importantes

Apelación

Una solicitud para que un plan de salud revise una decisión sobre un beneficio o pago denegado debido a razones clínicas o administrativas. También puede presentar una apelación si no está de acuerdo con la decisión de Mass General Brigham Health Plan de suspender la cobertura de los servicios que está recibiendo.

Representante personal autorizado

Un tercero designado por escrito para que se le otorguen los mismos derechos que el Miembro al realizar transacciones con Mass General Brigham Health Plan, excepto por las limitaciones especificadas.

Conjunto de registros designados

Un grupo de registros mantenidos por o para Mass General Brigham Health Plan que incluye información contenida en los sistemas de registro de inscripción, pago, adjudicación de reclamaciones y administración de casos, así como cualquier otra información utilizada, en todo o en parte, para tomar decisiones sobre usted. Esto incluye registros que conservan los socios comerciales de Mass General Brigham Health Plan y que cumplen con la definición de Conjunto de registros designados.

Albacea de patrimonio

La persona responsable de gestionar los asuntos del patrimonio testamentario de una persona fallecida.

Queja formal

Cualquier reclamo o expresión de descontento verbal o escrito enviado a Mass General Brigham Health Plan o a uno de sus administradores de utilización designados por un miembro sobre la atención o el servicio que recibió de Mass General Brigham Health Plan 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 con una decisión de cobertura o pago.

Tutor

Una persona que tiene la autoridad legal (y el deber correspondiente) para cuidar los intereses personales y de propiedad de otra persona.

Poder para la atención médica

Un documento legal que le permite a una persona designar a alguien que conoce y en quien confía para que tome decisiones de atención médica si, por cualquier motivo y en cualquier momento, la persona no puede tomar o comunicar esas decisiones.

Padre

El padre o la madre registrado en Mass General Brigham Health Plan.

Proveedor

Un doctor en medicina u osteopatía, podólogo, dentista, quiropráctico, psicólogo clínico, optometrista, profesional de enfermería practicante, profesional de enfermería partera o un trabajador social clínico autorizado para practicar y desempeñarse dentro del alcance de su práctica según lo define la ley estatal.

Poder notarial

Una persona a la que se le otorga un documento legal que le da la autoridad para actuar en nombre de otra persona en asuntos legales o financieros específicos o en todos ellos y tomar decisiones en nombre de la persona.

Información médica protegida (PHI)

Cualquier información sobre el estado de salud, la prestación o el pago de atención médica que sea creado o cobrado por Mass General Brigham Health Plan o uno de nuestros socios comerciales y que pueda vincularse a una persona específica.