

Los campos con texto en **negrita** son obligatorios.

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

B. Información sobre el representante personal autorizado	
<b>10. Nombre</b>	11. Fecha de nacimiento
12. Dirección postal	
13. Número de teléfono celular	<b>14. Dirección de correo electrónico</b>
<b>15. Relación</b> <input type="checkbox"/> Representante personal autorizado <input type="checkbox"/> Tutor* <input type="checkbox"/> Poder notarial*    * indica la documentación de apoyo necesaria para el procesamiento <input type="checkbox"/> Albacea de patrimonio* <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Proveedor	
<b>16. Fecha de entrada en vigencia</b>	<b>17. Fecha de finalización</b>

A menos que se indique lo contrario, esta autorización sigue vigente como se describe en la casilla 23.

C. Alcance de los detalles de la autorización	
<b>Coloque sus iniciales a continuación junto a la Información médica protegida (Protected Health Information, PHI) que Mass General Brigham Health Plan puede analizar con su representante autorizado. Marque todas las opciones que correspondan.</b>	
<input type="checkbox"/>	18. Toda la información contenida en mi Conjunto de registros designados mantenido por Mass General Brigham Health Plan, excepto cualquier información específica y privilegiada que yo haya anotado en el espacio a continuación:
<input type="checkbox"/>	19. Toda la información relacionada con cualquier apelación o queja formal actual o futura que yo o mi representante designado hayamos iniciado con Mass General Brigham Health Plan
<input type="checkbox"/>	20. Autorizo a mi representante personal 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 y cada uno de los datos aplicables enumerados en la Sección C, Punto 22. 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 selección de una aplicación de terceros, le recomendamos a usted y a su representante personal que visiten nuestro Sitio web en <a href="http://massgeneralbrighamhealthplan.org/interoperability">massgeneralbrighamhealthplan.org/interoperability</a> .
<input type="checkbox"/>	21. Otro, especificar:

### C. Alcance de los detalles de la autorización (continuación)

22. Tenga en cuenta que Mass General Brigham Health Plan **no** divulgará ninguna de la siguiente información privilegiada, a menos que usted otorgue su consentimiento específico para su divulgación al colocar sus iniciales en la categoría específica de información:

- Toda la información sobre VIH/sida, incluyendo resultados de pruebas y diagnóstico
- Referencia a enfermedades de transmisión sexual o su tratamiento
- Referencia a un embarazo o a la interrupción del embarazo, o su tratamiento
- Información psiquiátrica/psicológica
- Tratamiento por consumo de alcohol/drogas

23. **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 respecto a su Información médica protegida (PHI).
- B. 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.
- C. 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.
- D. 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.
- E. Las modificaciones de los permisos autorizados requerirán el envío de un nuevo formulario.
- F. 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 de beneficios de Mass General Brigham Health Plan.
- G. 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.
- H. 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 acción que se haya tomado con anterioridad a la fecha en que su solicitud se recibió y procesó.
- I. Esta autorización entrará en vigencia tras su recepción por parte de Mass General Brigham Health Plan, pero no aplicará a ninguna acción que se haya tomado con anterioridad a la fecha en que su solicitud se recibió y procesó.

### D. Firmas requeridas

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.**

Nombre \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Dirección de correo electrónico \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**Si usted es un representante legal que no sea un padre, debe enviar con este documento la documentación de respaldo de su estado.**

**Envíe el formulario completo por correo electrónico, correo postal o fax (el procesamiento demorará 10 días laborables).**

**Correo electrónico:**  
[HealthPlanCustomerService-Members@mgb.org](mailto:HealthPlanCustomerService-Members@mgb.org)

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

**Correo postal:** Mass General Brigham Health Plan    **Fax: 617-526-1985**  
Customer Service Department  
399 Revolution Drive, Suite 810  
Somerville, MA 02145

# 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 su totalidad o en parte para tomar decisiones sobre usted, e incluye registros mantenidos por los socios comerciales de Mass General Brigham Health Plan que cumplen con la definición de un 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 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.