

# Formulario de solicitud de designación de representante personal autorizado

La **negrita** indica los campos obligatorios.

A. Información del miembro		
1. <b>Nombre del miembro</b>	2. <b>Identificación del miembro (números y letras)</b>	3. <b>Fecha de nacimiento</b>
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. <b>Nombre</b>	11. Fecha de nacimiento
12. Dirección de correo postal	
13. Número de teléfono celular	14. Número de teléfono de la casa
<b>15. Relación</b> <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. <b>Fecha de vigencia</b>	17. <b>Fecha de terminación</b>

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	
<b>Coloque sus iniciales abajo junto a la información médica protegida (Protected Health Information, PHI) que Mass General Brigham Health Plan pueda compartir con su representante autorizado. Marque todo lo que corresponda.</b>	
<input type="checkbox"/>	18. Toda la información contenida en mi conjunto de registros designados que mantiene Mass General Brigham Health Plan, 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 Mass General Brigham Health Plan.
<input type="checkbox"/>	20. Otra; <i>especificar:</i>

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

21. Tenga en cuenta que Mass General Brigham Health Plan **no** compartirá la siguiente información privilegiada, a menos que usted dé su consentimiento 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 Mass General Brigham Health Plan 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, Mass General Brigham Health Plan 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 Mass General Brigham Health Plan. 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 Mass General Brigham Health Plan.
- G. Esta autorización permanecerá vigente hasta 1) la fecha de terminación que usted indicó arriba, 2) hasta el final de su inscripción en Mass General Brigham Health Plan, o 3) hasta que dé un aviso de revocación por escrito a Mass General Brigham Health Plan.
- H. Si envía una solicitud para revocar esta autorización, la revocación entrará en vigencia inmediatamente después de que AMass General Brigham Health Plan 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:**  
HealthPlanCustomerService-Members@mgb.org  
*Imprima, firme, escanee y luego envíe por correo electrónico el formulario completado.*

**Correo postal:** Mass General Brigham Health Plan  
Customer Service Department 399  
Revolution Drive, Suite 820  
Somerville, MA 02145  
**Fax: 617-526-1985**

*El procesamiento tardará 10 días hábiles.*

**Member.MassGeneralBrighamHealthPlan.org**    

# 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 Mass General Brigham Health Plan 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 Mass General Brigham Health Plan, 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 Mass General Brigham Health Plan 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 Mass General Brigham Health Plan 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 Mass General Brigham Health Plan.

**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 Mass General Brigham Health Plan o a uno de sus designados de administración de utilización 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 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 Mass General Brigham Health Plan, 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.