



FORMULARIO DE DESIGNACION DE REPRESENTANTE PERSONAL

Favor asegurarse de leer este formulario cuidadosamente, incluso la información sobre sus derechos ofrecida a continuación.

Información del Miembro

Nombre Completo _____

Número de Identificación _____

Fecha de Nacimiento _____

Dirección _____

Números de teléfono: Casa _____ Móvil _____

Dirección de correo electrónico (E-mail) _____

Información del Dueño de la Póliza (favor completar solo si es diferente)

Nombre Completo _____

Dirección _____

Información del Representante Personal

Nombre Completo _____

Dirección _____

Números de teléfono: Casa _____ Móvil _____



Firmas Requeridas

Firma del Miembro (o Tutor) _____ Fecha _____

Firma del Representante Personal _____ Fecha _____

En el caso de que el Miembro sea menor de edad o esté legalmente incapacitado, proporcione el nombre completo, dirección y relación con el Miembro de la persona que firma esta solicitud..

Nombre _____ Relación _____

Dirección _____

¿Alguna limitación en información o temas que no desea que su Representante Personal pueda tener acceso? Si _____ No _____

En caso afirmativo, por favor especifique (por ejemplo, pago de reclamaciones, records de farmacia, ciertos servicios de atención médica recibidos, etc.)

¿Es esta una designación o autorización temporal? Si _____ No _____

En caso afirmativo, favor indicar la fecha en que desea venza esta: _____

Para su conveniencia, puede enviar este formulario por correo o fax de la siguiente manera:

Correo:

AllWays Health Partners
Customer Service Department
399 Revolution Drive – Suite 820
Somerville, MA 02145

Fax:

AllWays Health Partners
Customer Service Department
617-526-1985

Información Importante

- Tiene derecho a elegir a una o más personas para que actúen en su nombre con respecto a la información de salud protegida que le pertenece.
- Si desea ejercer este derecho, complete y envíe este formulario. Al hacerlo nos está informando que desea designar a la(s) persona(s) nombrada(s) como su(s) representante(s) personal(es).
- Este formulario no es un sustituto de atención médica y no autoriza a su(s) representante(s) personal(es) a tomar decisiones médicas en su nombre. Sólo les otorga el permiso necesario para acceder o informarse sobre la información protegida sobre su salud que tiene en archive AllWays Health Partners, sujeto a las limitaciones que usted ha indicado.
- Una vez recibido este formulario completo, firmado y fechado, AllWays Health Partners puede verificar su solicitud, modificar nuestros datos de conformidad con el mismo y hablar con su representante personal en el futuro.
- Tenga en cuenta que puede revocar esta designación en cualquier momento con solo enviar su solicitud por escrito.