

Formulario de solicitud para designar un representante personal autorizado

Las letras en **negrita** indican los campos de información obligatorios.

A. Información del miembro		
1. Nombre del miembro	2. Número de identificación del miembro (números y letras)	3. Fecha de nacimiento
4. Dirección		
5. Número de teléfono celular	6. Número de teléfono de casa	7. Dirección de email
8. Idioma principal		9. Nombre del suscriptor, <i>si no es el miembro</i>

B. Información del representante personal autorizado	
10. Nombre	11. Fecha de nacimiento
12. Dirección postal	
13. Número de teléfono celular	14. Dirección de email
15. Relación <input type="checkbox"/> Representante personal autorizado <input type="checkbox"/> Tutor/Guardián* <input type="checkbox"/> Apoderado* * indica que se necesita documentación de respaldo para el procesamiento <input type="checkbox"/> Albacea testamentario* <input type="checkbox"/> Padre/Madre <input type="checkbox"/> Proveedor	
16. Fecha de entrada en vigor	17. Fecha de terminación

A menos que se indique lo contrario, esta autorización seguirá vigente como se describe en el punto 23.

C. Información sobre el alcance de la autorización	
Escriba sus iniciales abajo junto a la información médica protegida (PHI) que AllWays Health Partners puede compartir con su representante autorizado. Marque todo lo que corresponda.	
<input type="checkbox"/>	18. Toda la información que se encuentra en mi conjunto de expedientes designados que mantiene AllWays Health Partners, salvo cualquier información confidencial específica que yo haya indicado en el espacio de abajo:
<input type="checkbox"/>	19. Toda la información relacionada con cualquier apelación o queja actuales o futuras que yo o mi representante designado hayamos presentado a AllWays Health Partners.
<input type="checkbox"/>	20. Autorizo a mi representante personal a obtener y revelar mi información clínica y la información sobre mis reclamos por medio de una aplicación de un tercero que dicho representante elija. Esto puede incluir toda la información correspondiente que se menciona en la sección C, punto 22. AllWays Health Partners no tiene control sobre las aplicaciones de terceros. Las aplicaciones de terceros no están sujetas a las mismas normas de seguridad y privacidad de la información que AllWays Health Partners. Para obtener más información sobre cómo elegir una aplicación de terceros, les recomendamos a usted y a su representante personal que vayan a nuestro sitio web, allwayshealthpartners.org/interoperability
<input type="checkbox"/>	21. Otra, especifique:

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

22. Tenga en cuenta que AllWays Health Partners **no** revelará la siguiente información confidencial, salvo que usted específicamente dé consentimiento para que se revele poniendo sus iniciales en la categoría de información en particular:

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

23. Presentando 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** para decisiones médicas y **no le da permiso** a su representante personal autorizado para que tome decisiones médicas en su nombre.
- D. Una vez que se revela la información médica protegida (PHI), AllWays Health Partners no puede asegurar que el representante personal autorizado no vuelva a revelarla a un tercero.
- E. Será necesario presentar un nuevo formulario para modificar 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 informando por escrito a AllWays Health Partners. Rechazar o revocar esta autorización no afectará al inicio, a la continuidad ni a la calidad del tratamiento, la inscripción en el plan médico ni de la elegibilidad de beneficios de AllWays Health Partners.
- G. Esta autorización seguirá vigente hasta 1) la fecha de terminación que usted indicó arriba, 2) el final de su inscripción en AllWays Health Partners, o 3) que dé usted una notificación de revocación por escrito a AllWays Health Partners.
- H. Si presenta una solicitud para revocar esta autorización, dicha revocación entrará en vigor 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.
- I. Esta autorización entrará en vigor 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 o estar legalmente capacitado para dar la autorización.

Firma del representante personal _____ Fecha _____

Si alguien que no sea el miembro presenta este formulario, dicha persona debe completar la información de abajo.

Nombre _____ Relación _____

Dirección _____ Email _____

Firma _____ Fecha _____

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

Devuelva el formulario completado por email, por correo o por fax (el procesamiento tardará 10 días laborables).

Email: customerservice@allwayshealth.org
Imprima, firme, escanee y envíe por email el formulario completado.

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

Fax: 617-526-1985

Definiciones importantes

Apelación

Un pedido que se hace a un plan médico para que revise una decisión sobre una denegación de un beneficio o de un pago por razones clínicas o administrativas. 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.

Representante personal autorizado

Un tercero que se designa por escrito para que se le otorguen los mismos derechos que al miembro cuando haga gestiones con AllWays Health Partners, salvo por cualquier limitación que se haya especificado.

Conjunto de expedientes designados

Un conjunto de expedientes que mantiene AllWays Health Partners o que se mantiene para la compañía, y que incluye la información que se encuentra en los sistemas de registro de inscripción, pago, adjudicación de reclamos y administración de casos, y cualquier otra información que se use, total o parcialmente, para tomar decisiones sobre usted, y que incluye expedientes en poder de los socios comerciales de AllWays Health Partners que cumplan la definición de "conjunto de expedientes designados".

Albacea testamentario

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

Queja

Cualquier queja oral o escrita por la atención o por el servicio recibidos de AllWays Health Partners o de un proveedor participante que un miembro presenta a AllWays Health Partners o a una de las personas que este designe para la gestión de uso. Este tipo de queja es sobre el servicio que usted recibe o sobre la calidad de su atención y no incluye una disputa sobre una decisión de pago o de cobertura.

Tutor

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

Poder para decisiones médicas

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

Padres

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

Proveedor

Un doctor en medicina o un osteópata, un podólogo, un dentista, un quiropráctico, un psicólogo clínico, un optometrista, un enfermero de práctica avanzada, una enfermera comadrona o un trabajador social clínico autorizados para ejercer y desempeñarse dentro del alcance de su práctica según lo define la ley estatal.

Apoderado

Una persona a quien se le otorga un documento legal que le da la autoridad para actuar en nombre de otra persona en algunas o en todas las cuestiones legales o financieras y para tomar decisiones en nombre de esa persona.

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 creen o recojan y que pueda vincularse con una persona específica.