



Sección #1. Designación de un representante autorizado

Designo a:

Nombre: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

como mi representante autorizado para los propósitos descritos en las Secciones #2 y #3 que están a continuación. Comprendo que este acuerdo es voluntario y se hace para confirmar mis instrucciones.

Comprendo que mi representante autorizado podría dar a conocer mi información y quizá ésta ya no sea protegida por las leyes de privacidad estatales o federales.

Nombre: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____ E-mail: _____

Número de identificación: _____ Número del grupo: _____

Sección #2. Alcance de la autoridad

Autorizo la divulgación de mi información de salud protegida a mi representante autorizado para el siguiente propósito (marque sólo uno):

- Divulgar mi reclamo sólo para mi reclamo #
Divulgar todos mis reclamos relacionados sólo a mi diagnóstico de
Divulgar todos los reclamos para el proveedor
Divulgar todos los reclamos para las fechas de servicio
Divulgar todos mis reclamos sin importar fechas del servicio, proveedor o diagnóstico
Divulgar toda la información de elegibilidad
Divulgar toda la información sobre reclamos y elegibilidad sin importar fechas del servicio, proveedor o diagnóstico.
Otros:

Sección #3. Opciones para la divulgación

Autorizo la divulgación de mi información de salud protegida a mi representante autorizado para el siguiente propósito (marque sólo uno):

- Divulgación de mi información de salud protegida sólo por teléfono
Divulgación de mi información de salud enviando todos los documentos originales sólo por el servicio postal de EE.UU.
Divulgación de mi información de salud protegida por teléfono y por el servicio postal de EE.UU.

Sección #4. Expiración y revocación

Expiración: Esta designación del representante autorizado expirará (marque sólo uno)

- el ___/___/___
cuando ocurra el siguiente evento:

Revocación: Comprendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento enviando por escrito una notificación de revocación a HospitalityCARE, P.O. Box 6702, Columbia, SC 29260-6702

Entiendo que la revocación de esta designación no afectará ninguna acción que ustedes tomaron basándose en esta designación antes de recibir mi notificación de revocación.

Sección #5. Firma

Yo, _____, tuve la oportunidad de leer y analizar el contenido de esta designación, y confirmo que el contenido es consistente con mis instrucciones. Comprendo que, al firmar este documento, estoy confirmando la designación de mi representante autorizado, el alcance de la autoridad de mi representante autorizado, los medios por los cuales mi representante autorizado recibirá divulgaciones, la expiración de esta designación y la opción para revocar esta designación.

Firma: _____ Fecha: _____

Si esta autorización es firmada por un representante personal en nombre de la persona, complete lo siguiente:

Nombre del representante personal: _____ Relación con la persona: _____

Envíe la forma completada a: HospitalityCARE, P.O. Box 6702, Columbia, SC 29260-6702

¿Preguntas? Llame a la Línea de servicio al cliente de HospitalityCare, 1-888-583-3057, de lunes a viernes, de 8:30 a.m. a 8:00 p.m. tiempo del Este. Hay una línea telefónica en que lo pueden ayudar con traducción a la mayoría de los idiomas.