



# Formulario de Representante Autorizado

## Sección 1: Nombramiento del Representante Autorizado

Nombro a:

Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_

como mi representante autorizado a los fines descritos en la Sección 2 y 3 más adelante. Comprendo que este acuerdo es voluntario y que se realiza para confirmar mis instrucciones. Comprendo que mi representante autorizado puede además divulgar mi información, la que puede no estar protegida por las leyes federales o estatales de privacidad.

Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Número de identificación: \_\_\_\_\_ Número del grupo: \_\_\_\_\_

## Sección 2: Alcance de la Autoridad

Autorizo la divulgación de mi información médica protegida a mi representante autorizado para los siguientes fines (marque sólo uno):

- Divulgar mi solicitud sólo para la solicitud N° \_\_\_\_\_
- Divulgar todas las solicitudes relacionadas sólo con mi diagnóstico de \_\_\_\_\_
- Divulgar todas las solicitudes sólo para el proveedor \_\_\_\_\_ *(escriba nombre del médico u hospital)*
- Divulgar todas las solicitudes para la/a fecha/s de servicio \_\_\_\_\_ *(escriba fecha específica o período entre fechas)*
- Divulgar todas mis solicitudes independientemente de las fechas, proveedor o diagnósticos
- Divulgar todas as informações de elegibilidade
- Divulgar todas as informações e alegações de elegibilidade independientemente de las fechas, proveedor o diagnósticos
- Otro: \_\_\_\_\_

## Sección 3: Opciones para la Divulgación

Autorizo la divulgación de mi información médica protegida a mi representante autorizado por los siguientes medios (marque sólo una):

- Divulgar mi información médica protegida sólo por teléfono.
- Divulgar mi información médica protegida sólo enviando todos los documentos originales por correo estadounidense (\*Comprendo que la elección de esta opción significa que todas las divulgaciones en adelante se darán a mi representante autorizado.)
- Divulgar mi información médica protegida por teléfono y U.S. Mail (\*Comprendo que la elección de esta opción significa que todas las divulgaciones en adelante se darán a mi representante autorizado.)

## Sección 4: Conclusión y revocación

Vencimiento: Este nombramiento de representante autorizado vencerá (marque sólo una):

- el \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_
- En caso de que ocurra el siguiente evento: \_\_\_\_\_

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

Comprendo que la revocación de este nombramiento no afectará ninguna acción que ustedes hayan tomado de acuerdo con este nombramiento antes de recibir mi notificación de revocación.

## Sección 5: Firma

Yo, \_\_\_\_\_, he tenido amplia oportunidad para leer y considerar el contenido de este nombramiento y confirmo que el contenido concuerda con mis instrucciones. Comprendo que, firmando este formulario, estoy confirmando el nombramiento de mi representante autorizado, el alcance de la autoridad de mi representante autorizado, los medios por los que mi representante autorizado recibirá las divulgaciones, el vencimiento de este nombramiento y la opción de revocación del mismo.

Firma: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Si esta autorización es firmada por un representante personal a nombre del individuo, termine lo siguiente.

Nombre Representante Personal: \_\_\_\_\_ Relation a el Individuo: \_\_\_\_\_

**Devuelva este formulario completo a: Planned Administrators, Inc., P.O. Box 6702, Columbia, SC 29260-6702**