

**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 \_\_\_\_\_ *(escriba el nombre del médico o del hospital)*
- Divulgar todos los reclamos para las fechas de servicio \_\_\_\_\_ *(escriba una fecha específica o un período)*
- 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. (\*Comprendo que elegir esta opción significa que todas las demás divulgaciones se entregarán a mi representante autorizado.)
- Divulgación de mi información de salud protegida por teléfono y por el servicio postal de EE.UU. (\*Comprendo que elegir esta opción significa que todas las demás divulgaciones se entregarán a mi representante autorizado.)

**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 **Medical StaffCARE, 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: Medical StaffCARE, P.O. Box 6702, Columbia, SC 29260-6702**

**¿Preguntas?** Llame a la Línea de servicio al cliente de Medical StaffCARE, 1-866-798-0803, 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.