



Population Health Services

### Forma para nombrar un representante autorizado

Por favor envíe esta forma al departamento del servicio al cliente de WellSpan Population Health Services: 3421 Concord Rd., York, PA 17402 • (717) 851-6800 o (800) 842-1768 o por fax al (717) 755-7190 o a nuestro correo electrónico en [pophealthbenefits@wellspan.org](mailto:pophealthbenefits@wellspan.org).

Esta forma otorga permiso para que su grupo de plan médico discuta o revele su información médica personal a la persona que es su "representante autorizado" de acuerdo con la Ley de portabilidad y responsabilidad del seguro médico (HIPAA por sus siglas en inglés). Su autorización en esta forma limita el uso de su información para ese propósito únicamente.

<b>A. INFORMACION DEL ASEGURADO (Escriba con letra de molde claramente o en teclado)</b>	
Nombre del suscriptor (empleado):	Número de teléfono:
Empleador del suscriptor:	
Nombre del asegurado (si el solicitante no es el suscriptor):	Fecha de nacimiento del asegurado: dd / mm / aa
Numero identificación de la familia:	Número de seguro social del asegurado – últimos 4 dígitos
<i>Tenga en cuenta: esta autorización no le otorga a su representante autorizado ninguna autoridad, ya sea implícita o directa, sobre cualquier tratamiento o decisiones de atención directa. Si desea ayuda con sus decisiones de atención médica y tratamiento, comuníquese con un abogado para obtener ayuda.</i>	
<b>B. DESCRIPCION DE LA INFORMACION MEDICA PROTEGIDA A SER REVELADA</b>	
Descripción de la información que se publicará:	
<input type="checkbox"/> Toda la información, incluida la elegibilidad, reclamaciones y manejo médico. <input type="checkbox"/> Específico (lista detallada):	
<b>Registros especiales:</b> La información médica protegida que se revelará no incluirá registros del tratamiento del programa de abuso de sustancias y alcohol, tratamiento de salud mental, información confidencial relacionada con el HIV o registros de asesoramiento sobre abuso sexual / asalto, a menos que se marquen las casillas específicas a continuación. Marcar las casillas no es una confirmación de que tal información exista. Incluir registros de tratamiento del uso de sustancias y alcohol      Incluir registros confidenciales relacionados con el VIH y SIDA Incluir registros de salud mental      Incluir registros de consejería para abuso sexual / asalto	
Entidad autorizada para revelar información: <b>WellSpan Population Health Services</b>	
<b>C. INFORMACION DEL REPRESENTANTE AUTORIZADO (Padre, cónyuge, médico, práctica u otro representante autorizado)</b>	
Nombre:	Número de teléfono:
Dirección:	
Relación con el asegurado:	
<b>Limitación de la revelación:</b> Entiendo que tengo derecho a limitar la información que mi plan revela bajo esta autorización. Por ejemplo, puedo limitar el acceso de mi representante autorizado o de mi hijo menor a la información sobre un proveedor de atención médica en particular, un diagnóstico o una reclamación apelada. cualquiera de estas limitaciones debe describirse a continuación. Entiendo que al dejar esta sección en blanco, no estoy creando limitaciones en la divulgación, aparte de las descritas en la sección B anterior.	
<hr/> <hr/>	

#### **D. VENCIMIENTO Y REVOCACION**

Esta autorización vencerá  Fecha: dd / mm / aa (o)  hasta que se revoque por escrito.  
A menos que se especifique lo contrario anteriormente, esta autorización vencerá un (1) año después de la fecha en que se firmó esta solicitud.

Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento notificando a WellSpan Population Health Services por escrito a:  
WellSpan Population Health Services, Atención: Customer Service, 3421 Concord Rd., York, PA 17402. Entiendo que la revocación no tendrá ningún efecto en las acciones que WellSpan Population Health Services tomó antes de recibir la revocación.

#### **D. INFORMACION DE AUTORIZACION Y FIRMA**

Entiendo que mi representante está autorizado a presentar una apelación en mi nombre o en el de mi hijo menor, lo que agotará mi derecho a presentar una apelación.

Esta autorización es voluntaria. Entiendo que mi tratamiento o pago por los servicios no se verán afectados si no firmo esta autorización.

Entiendo que si la persona u organización que recibirá la información no es un plan de salud o un proveedor de atención médica, es posible que la información ya no esté protegida por las regulaciones federales de privacidad y mi representante autorizado puede revelar mi información médica personal sin mi autorización.

Firma del asegurado o representante del asegurado: \_\_\_\_\_

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

Nombre en letra de molde del representante del asegurado: \_\_\_\_\_

Relación con el asegurado: \_\_\_\_\_

**Usted tiene derecho a una copia de esta forma de autorización después de firmarla.**