

Nombramiento de Representante Autorizado: Instrucciones para el Formulario de Representante Autorizado

LEA ATENTAMENTE

Usted puede autorizar a una persona o una organización de confianza a hablar con nosotros sobre su atención médica, ver su información y actuar en su nombre en asuntos relacionados con su atención médica, incluido el derecho a tomar decisiones sobre cómo se utiliza y comparte su información de salud protegida (PHI, por sus siglas en inglés). Esta persona también puede representarle en otros asuntos, incluyendo revisiones, apelaciones y procesos de atención médica administrada. Esta persona se denomina "representante autorizado".

Si necesita ayuda para completar este formulario, comuníquese con el Servicio de Atención al Cliente al 1-866-433-6041 (TTY: 711).

INSTRUCCIONES

1. Complete la Sección I con los campos obligatorios Nombre del miembro, Número de identificación (ID) de Medicaid y Fecha.
2. Complete la Sección II para indicar si desea agregar, cambiar o eliminar a su representante autorizado.
3. Complete la Sección III con la información del representante autorizado.
4. Complete la Sección IV con la firma requerida del miembro o padre/tutor y la fecha.
5. Este formulario no es válido si se dejan en blanco la fecha, el nombre del miembro, el número de ID de Medicaid y cualquier otro campo obligatorio de la Sección III.*
6. Envíe por correo el formulario rellenado a:

Absolute Total Care
100 Center Point Circle, Suite 100
Columbia, SC 29210

*No es necesario completar este formulario en nombre del miembro si usted es su representante legal o personal (tutor, apoderado o apoderado para la atención médica). Sin embargo, para que Absolute Total Care pueda actuar en nombre del miembro, deberá enviar copias de los formularios pertinentes, como el poder notarial o la orden de tutela. Esto incluye si usted es el padre o tutor legal del miembro menor de edad, un abogado que ha sido contratado para representar al miembro o un agente del miembro.

Formulario de designación de
representante autorizado

SECCIÓN I: INFORMACIÓN DEL MIEMBRO

Nombre del miembro (obligatorio)	Número de identificación (ID) de Medicaid (obligatorio)
Fecha (mm/dd/aaaa) / /	

SECCIÓN II: ¿QUÉ ES LO QUE QUIERE HACER?

- ☐ AGREGAR representante autorizado
- ☐ CAMBIAR mi representante autorizado
- ☐ ELIMINAR a esta persona u organización como mi representante autorizado

SECCIÓN III: INFORMACIÓN SOBRE EL REPRESENTANTE AUTORIZADO

Nombre del representante autorizado en letra de imprenta (nombre, segundo nombre y apellido) <i>(requerido)</i>		
Relación con el miembro <i>(no válido si se deja en blanco)</i>		
Dirección del representante autorizado		Apartamento o suite n.º
Ciudad	Estado	Código postal
Número de teléfono del representante autorizado	Correo electrónico, fax o número de teléfono alternativo del representante autorizado	
Nombre de la organización (si corresponde) *	Departamento o unidad n.º (si corresponde) *	Número de identificación (ID) (si corresponde) *

! Nota: Lo mejor es designar una unidad específica para las grandes organizaciones.

SECCIÓN IV: FIRMA Y FECHA *(el formulario no será válido a menos que esté firmado y fechado)*

Firma del miembro o del padre/tutor	Fecha (mm/dd/aaaa) / /
Nombre de la persona que firma el formulario en letra de imprenta <i>(no válido si se deja en blanco)</i>	Relación con el miembro <i>(no válido si se deja en blanco)</i>