

Formulario de nombramiento de representante personal

Denver Health Medical Plan, Inc. y Denver Health Medicaid Choice (“la Compañía”) deben seguir ciertos procedimientos antes de poder permitir a alguien que no sea el miembro que acceda a su información médica protegida (Protected Health Information, PHI). El objeto de nombrar un representante personal es permitirle a otra persona que actúe en su nombre con respeto a lo siguiente: (1) tomar decisiones acerca de sus beneficios de salud; (2) solicitar o revelar su información médica protegida y (3) ejercer algunos o todos los derechos que usted tiene según su plan de beneficios de seguro médico. Un representante personal puede ser nombrado legalmente o por un miembro para que actúe en su nombre. La designación de un representante personal es voluntaria, y este puede ser un miembro de la familia, un amigo, un defensor, un abogado o un tercero no vinculado. Usted puede modificar o revocar el nombramiento de un representante personal en cualquier momento. Si usted opta por revocar un nombramiento, complete la Sección H que figura a continuación y devuélvala a la Compañía.

Sección A: Información del miembro/suscriptor		
Nombre del miembro: (Primer nombre, inicial del segundo nombre, apellido)	Fecha de nacimiento: / /	Número de teléfono: ()
Domicilio:	Ciudad, estado, código postal	
Número de ID de miembro:	Núm. de grupo: (como aparece en la tarjeta de ID del miembro)	
Nombre del suscriptor (si es diferente del miembro):	Fecha de nacimiento: / /	Número de teléfono: ()

Formulario de nombramiento de representante personal

Sección B: Información del representante personal		
Nombre del representante personal: (Primer nombre, inicial del segundo nombre, apellido)	Fecha de nacimiento: / /	Número de teléfono: ()
Domicilio:	Ciudad, estado, código postal	
Apellido de soltera de la madre del representante personal: (Se utilizará para verificar la identidad)	Últimos 4 dígitos del número del seguro social	

Sección C: Relación del representante personal con el miembro: (Elija una)
<input type="checkbox"/> Padre/madre/tutor legal de un menor: Adjuntar una copia del certificado de nacimiento del menor o documentos legales que designan al tutor.
<input type="checkbox"/> Poder notarial con autoridad para tomar decisiones de atención médica en nombre de un miembro: Adjuntar copia del formulario de poder notarial firmado.
<input type="checkbox"/> Albacea testamentario o administrador de los bienes del miembro fallecido: Adjuntar cartas testamentarias u otros documentos legales que demuestren la condición de albacea o administrador.
<input type="checkbox"/> Otros (describa su relación con el miembro y adjunte el comprobante de su autoridad para tomar decisiones de atención médica en nombre del miembro). <hr/> <hr/>

Formulario de nombramiento de representante personal

Sección D: Tipo de información que se le puede revelar al representante personal y que este puede recibir y usar: (seleccione todas las opciones que correspondan)

- Autorización previa/ Información de referencia Inscripción/beneficios
 Reclamaciones
- Administración de casos Información de la farmacia Quejas y apelaciones
- Tarjeta de ID del miembro Facturas de la prima Otro _____
- Documentos del plan (p. ej., tarjeta de ID del miembro, Manual para miembros y Explicación de beneficios)
- Todos los documentos y la información disponibles, sin limitación

SECCIÓN E: Devuelva este formulario completo y toda la documentación de respaldo a:

Correo:

Denver Health Medical Plan, Inc.
ATTN: Compliance Department
938 Bannock Street, Mail Code 6000
Denver, CO 80204

Sección F: Firma del miembro/suscriptor:

He completado la información anterior. Entiendo que al firmar este formulario autorizo a la Compañía a brindar a mi representante personal el mismo trato que me brinda a mí.

Firma del miembro/suscriptor

Fecha

Formulario de nombramiento de representante personal

Sección G: Aceptación del nombramiento por parte del representante personal:

Por el presente, _____,
acepto el nombramiento por parte del miembro. Entiendo y acepto que, al firmar este formulario,
tengo autoridad para actuar en nombre del miembro. He adjuntado los documentos requeridos
que corresponden para establecer mi condición de representante personal. Certifico que la
información indicada en el presente formulario de representante personal es verdadera, correcta y
exacta según mi leal saber y entender. Entiendo que la Compañía puede solicitar información,
ahora o en el futuro, que considere necesaria para confirmar mi condición de representante
personal.

Firma del representante personal

Fecha

MENSAJE IMPORTANTE: El nombramiento de un representante personal es válido durante un año a partir de la fecha de la firma del miembro. Usted puede revocar el nombramiento en cualquier momento. Para ello deberá completar la sección de revocación (Sección H) y devolverla a la Compañía a la dirección indicada.

Formulario de nombramiento de representante personal

Sección H: Revocación del nombramiento de representante personal

Entiendo que, al firmar esta sección, estoy revocando mi nombramiento de un representante personal y ya no deseo que la persona llamada (a continuación escriba el nombre de la persona con letra de imprenta legible)

actúe como mi representante personal. Entiendo que esta revocación se aplica a cualquier divulgación futura de información médica personal, ya sea oral o escrita, y a cualquier acción futura. También entiendo que no se puede revocar ninguna divulgación o acción ya tomada por el representante personal o por la Compañía durante el periodo de nombramiento del representante. La fecha de revocación que se usará es la fecha en que la Compañía reciba el presente formulario de revocación.

Firma del miembro/suscriptor

Fecha

Enviar el formulario por correo postal a:

Denver Health Medical Plan, Inc.
ATTN: Compliance Department
938 Bannock Street, Mail Code 6000
Denver, Colorado 80204