

## Formulario para representante autorizado - HIPAA

Este formulario es para documentar la designación de una o más personas como agentes autorizados para un participante. Este formulario autoriza la divulgación de información médica y/o información sobre COBRA a los representantes mencionados. Esta autorización no les provee a estos agentes autorizados ninguna autoridad, ya sea directa o implícita, sobre cualquier decisión de cuidado directo o cuenta, incluyendo información sobre cuentas en Internet. Si usted desea establecer un poder notarial o una declaración sobre sus deseos para su cuidado médico en el caso de que Ud. esté discapacitado(a), por favor contacte a su abogado. Nosotros no vamos a condicionar pagos por beneficios, inscripción o elegibilidad para beneficios en la ejecución de este formulario.

\*=Campo obligatorio

### Paso 1: Información del participante

\* Nombre del presente o pasado (no abreviar)

\* Fecha de nacimiento del/de la empleado(a)

\* Nombre del participante (nombre, inicial del segundo nombre, apellido)

\* Número de seguro social

### Paso 2: Información del representante autorizado

Por favor, escriba la información solicitada abajo para el/los individuo(s) que Ud. desea añadir o quitar como representante(s) autorizado(s). Favor de también marcar la casilla debajo del nombre de cada persona para añadir o quitar su autorización para ese individuo. Nótese, por favor, que una autorización será añadida para el/ los individuo(s) listado(s) abajo si Ud. no marca una opción para añadir o quitar la autorización.

	Añadir autorización	Quitar autorización
*Nombre del representante autorizado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
*Nombre del representante autorizado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Paso 3: Vencimiento y revocación, y uso autorizado y divulgación

Entiendo que debido a las regulaciones de la Ley sobre la transferencia y responsabilidad para el seguro de la salud (HIPAA, por sus siglas en inglés), Aptia no revelará mi información personal de la salud a otras partes sin mi consentimiento por escrito o según es permitido o requerido por leyes aplicables. Por esta razón, les autorizo a Uds. a revelar y discutir mi información personal de la salud con las persona/s anteriormente mencionadas, con el propósito de asistir con o facilitar la coordinación o pago de mis beneficios de salud. También entiendo que si uno de mis representantes autorizados no es un proveedor de atención médica u otra entidad sujeta a leyes federales o estatales de privacidad aplicables, puede que mi información personal de la salud ya no esté protegida por estas leyes de privacidad, y mi representante autorizado puede divulgar mi información personal de la salud de nuevo sin mi autorización. Reconozco que mi autorización es voluntaria.

Entiendo que tengo el derecho a cancelar o revocar esta autorización en cualquier momento. Entiendo que si no deseo que la persona mencionada en el paso #2 continúe siendo mi representante autorizado, tengo que revocar esta autorización a través de una petición escrita que informa al Aptia de mi decisión. Entiendo que la revocación de esta autorización no afectará cualquier acción que ustedes hayan tomado o cualquier información que Uds. ya hayan revelado basado en esta autorización antes de realmente recibir mi petición para revocarla. Además, entiendo que esta autorización se vencerá 3 años después de la fecha en la firma a continuación.

\*Firma del participante

\*Fecha

\*Identificación de la persona que firmó (favor de marcar una opción)

Yo mismo

Padres de menor

Tutor o guardián

Otro representate (por favor, explique):

Nótese: Una prueba de autorización legal puede ser requerida.