

Denver Health Medical Plan, Inc. (DHMP) debe seguir ciertos procedimientos antes de poder permitirle a alguien que no sea el miembro que acceda a su información médica protegida (Protected Health Information, PHI). El objetivo de nombrar a un representante personal es permitirle a otra persona que actúe en su nombre con respecto a lo siguiente: 1) tomar decisiones acerca de sus beneficios de salud, 2) solicitar o divulgar 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 DHMP.

SECCIÓN A: INFORMACIÓN DEL MIEMBRO		
Nombre del miembro: (apellido, nombre, inicial del segundo nombre)	Fecha de nacimiento: 	N.º de teléfono: () -
Domicilio:	N.º de grupo: (como aparece en la tarjeta de id. del miembro)	
Ciudad, estado, código postal:	N.º de id. del miembro: (como aparece en la tarjeta de id. del miembro)	

SECCIÓN B: INFORMACIÓN DEL REPRESENTANTE PERSONAL		
Nombre: (apellido, nombre, inicial del segundo nombre)	Fecha de nacimiento: 	N.º de teléfono: () -
Domicilio:	Ciudad, estado, código postal:	

SECCIÓN C: RELACIÓN DEL REPRESENTANTE PERSONAL CON EL MIEMBRO

Describa su relación con el miembro:

SECCIÓN D: TIPO DE INFORMACIÓN QUE DEBE SER DIVULGADA/USADA/RECIBIDA POR EL REPRESENTANTE PERSONAL (seleccionar todas las que correspondan)

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

SECCIÓN E: DEVOLVER ESTE FORMULARIO COMPLETO Y TODA LA DOCUMENTACIÓN ACREDITATIVA AL SIGUIENTE DOMICILIO POSTAL O NÚMERO DE FAX

Domicilio postal:
Denver Health Medical Plan, Inc.
Attn: Health Plan Services
938 Bannock Street, MC 6000
Denver, CO 80204

N.º de fax seguro:
303-602-2138

SECCIÓN F: FIRMA DEL MIEMBRO

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

Firma del miembro

Fecha

SECCIÓN G: ACEPTACIÓN DEL NOMBRAMIENTO DEL REPRESENTANTE PERSONAL

Por el presente, yo, _____, acepto el nombramiento por parte del miembro. Acepto que, al firmar este formulario, tengo autoridad para actuar en nombre del miembro. 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

NOTA 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 DHMP al domicilio indicado.

SECCIÓN H: REVOCACIÓN DEL NOMBRAMIENTO DE REPRESENTANTE PERSONAL

Entiendo que, al firmar esta sección, estoy **revocando** el nombramiento de mi representante personal y ya no quiero que la persona (nombre de la persona a continuación, en letra de imprenta legible),

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

Firma del miembro

Fecha

Enviar este formulario por correo postal o fax:

Denver Health Medical Plan, Inc.

Attn: Health Plan Services

938 Bannock Street, MC 6000

Denver, CO 80204

Fax: 303-602-238