

Denver Health Medical Plan, Inc. (DHMP) debe seguir ciertos procedimientos antes de permitirle acceso a otra persona que no sea el miembro a su información médica protegida (Protected Health Information, PHI). El objetivo de nombrar a un representante personal es permitir que otra persona 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 por un miembro para que actúe en su nombre. La designación de un representante personal es voluntaria, y este puede ser un familiar, un amigo, un defensor, un abogado o un tercero no vinculado. Usted puede cambiar o revocar el nombramiento de un representante personal en cualquier momento. Si opta por revocar un nombramiento, complete la sección H que figura a continuación y envíela a DHMP.

SECCIÓN A: INFORMACIÓN DEL MIEMBRO/SUSCRIPTOR		
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)	
Nombre del suscriptor: (si es distinto del nombre del miembro)	Fecha de nacimiento: 	N.º de teléfono: () -

SECCIÓN B: INFORMACIÓN DEL REPRESENTANTE PERSONAL		
Nombre: (apellido, nombre, inicial del segundo nombre)	Fecha de nacimiento: 	N.º de teléfono: () -
Domicilio:	Apellido de soltera de la madre: (para verificación de la identidad)	
Ciudad, estado, código postal:	Últimos 4 dígitos del número del Seguro Social:	

SECCIÓN C: RELACIÓN DEL REPRESENTANTE PERSONAL CON EL MIEMBRO (seleccionar una opción)

Padre/madre/tutor de un menor: adjuntar los documentos legales que designan al tutor

Poder notarial con autoridad para tomar decisiones de atención médica en nombre de un miembro: adjuntar una copia del formulario de poder notarial firmado

Albacea testamentario o administrador de los bienes del miembro fallecido: adjuntar cartas testamentarias u otros documentos legales que demuestren la condición de albacea testamentario o administrador

Otra: (describir su relación con el miembro)

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

Información sobre autorización previa/remisión	Inscripción/beneficios
Gestión de casos	Información de farmacia
Tarjeta de id. del miembro	Reclamos
Facturas de primas	Quejas y apelaciones
Documentos del plan (p. ej., tarjeta de id. del miembro, <i>Manual para miembros y Explicación de beneficios</i>)	Todos los documentos y la información disponibles, sin limitación

Otra:

SECCIÓN E: ENVIAR 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 Department 777 Bannock St., MC6000 Denver, CO 80204	N.º de fax seguro: 303-602-2138
	Correo electrónico: DHMPMemberServices@dhha.org

SECCIÓN F: FIRMA DEL MIEMBRO/SUSCRIPTOR:

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/suscriptor

Fecha

| |

SECCIÓN G: ACEPTACIÓN DEL NOMBRAMIENTO DEL REPRESENTANTE PERSONAL

Yo, _____, por el presente, acepto el nombramiento por parte del miembro. 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

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 enviarla a DHMP al domicilio indicado.

SECCIÓN H: REVOCACIÓN DEL NOMBRAMIENTO DE REPRESENTANTE PERSONAL

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

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 de representación. La fecha de revocación que se usará es la fecha en que DHMP reciba el presente formulario de revocación.

Firma del miembro/suscriptor

Fecha

Envíe este formulario por correo postal, fax o correo electrónico a:

Denver Health Medical Plan, Inc.

Attn: Health Plan Services Department

777 Bannock St., MC6000

Denver, CO 80204

Fax: 303-602-2138

Correo electrónico: DHMPMemberServices@dhha.org