

Formulario para designar un representante personal



Cómo usar este formulario: Este formulario se utiliza para otorgar o eliminar la autoridad de alguien para actuar en su nombre. Al designar un representante personal, usted autoriza a WellSense a darle a dicho representante acceso a su información de miembro. Todos los campos son obligatorios. Se devolverán los formularios incompletos o incorrectos.

NOTA: Si necesita que alguien actúe en su nombre para ayudarle a presentar una apelación, una queja o una solicitud de cobertura, debe rellenar también un **formulario de Designación de representante** (para Medicare) o un formulario de **Asignación de un representante de apelaciones** (para todos los demás productos) que encontrará en la sección de miembros de nuestro sitio web, en Documentos y formularios.

Información del miembro (escriba en letra de imprenta clara)

Su número de identificación de miembro (de su tarjeta de identificación del plan)

Apellido del miembro

Nombre del miembro

Inicial del segundo nombre

Dirección

Ciudad

Estado

Código postal

Teléfono

Información del producto

Seleccione todos los productos que correspondan en su caso:

Massachusetts

- MassHealth
- Clarity plans
- Senior Care Options

New Hampshire

- NH Medicaid
- NH Medicare Advantage HMO

Tipo de solicitud

Tipo de solicitud	Instrucciones
<input type="checkbox"/> Inicial (nuevo)	Esta casilla es para iniciar una nueva designación y entra en vigencia desde que WellSense la reciba y procese hasta que usted presente una modificación o revocación. Complete todo el formulario.
<input type="checkbox"/> Modificar (Cambiar)	Este cuadro tiene el fin de modificar una designación existente y entra en vigencia cuando WellSense la reciba y procese. Complete todo el formulario.
<input type="checkbox"/> Revocar/Finalizar el _____ (mm/dd/aaaa)	Esta casilla finaliza una designación existente y entra en vigencia desde la fecha en que ingrese. WellSense no es responsable de actuar de buena fe antes de la recepción y el procesamiento de esta solicitud. Solo necesita completar las secciones información del miembro, información del producto, tipo de solicitud y firma de este formulario.

Categorías especiales (escriba sus iniciales en todas las opciones que correspondan)

Es posible que necesitemos su permiso específico para compartir PHI sensible con otros, incluido su Representante personal. La PHI especial que se indica a continuación puede no representar beneficios para los que usted es elegible según su plan. Parte de la PHI especial enumerada debajo podría aplicarse a usted. **Coloque sus iniciales en la(s) casilla(s) si nos da permiso para compartirla.**

	Iniciales		Iniciales
Análisis y resultados genéticos		Ataque sexual	
Salud mental/salud conductual		Abuso de alcohol/sustancias	
Violencia doméstica		Enfermedades de transmisión sexual (ETS)	
VIH/SIDA		Informes de mamografía	
Aborto			

Comprendo que mis registros de tratamientos de alcohol y/o drogas están protegidos por las reglamentaciones federales que rigen los Registros del paciente de confidencialidad y trastornos por abuso de sustancias, 42 C.F.R. Parte 2, y la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos de 1996 (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA), 45 C.F.R. partes 160 y 164, y que no se pueden divulgar sin mi consentimiento por escrito a menos que la ley establezca lo contrario. Comprendo que, previa solicitud, debo recibir una lista de entidades a las que se ha divulgado información de mi tratamiento por alcohol y/o drogas.

Información del representante personal

Designo a la siguiente persona para que actúe como mi representante personal:		
Nombre del representante personal (en letra de molde)	Fecha de nacimiento	
Relación con el miembro		
Dirección		
Ciudad	Estado	Código postal
Teléfono		
Firma del representante personal		

Comprendo que, si las partes a las que autorizo a recibir o usar mi PHI no están sujetas a las leyes federales de privacidad de la información médica, ellas podrán divulgar mi PHI y es posible que ya no esté protegida conforme a las leyes federales antes mencionadas.

Tenga en cuenta que: WellSense no mantiene registros de tratamiento. WellSense debe mantener su PHI privada. Al firmar este formulario, usted nos permite compartir su PHI según las instrucciones. Su decisión no afectará su inscripción en WellSense.

Firma del miembro	
Al firmar a continuación, autorizo consciente, deliberada y voluntariamente a WellSense a actuar como se solicita en este formulario. He leído y entiendo los términos de este formulario y puedo comunicarme con WellSense para hacer preguntas sobre este formulario y su propósito.	
Firma	Fecha

Envíe el formulario por correo o fax a:

WellSense Health Plan
 Attn: Member Services Department
 529 Main Street, Suite 500
 Charlestown, MA 02129
 Fax: 617-897-0884