

Formulario de representante designado



Este formulario podrá ser empleado para designar a un representante para que actúe en nombre de un miembro y autorizar a Tufts Health Plan* a divulgar la información médica protegida del miembro al representante. **Todos los campos son obligatorios. Los formularios que estén incompletos o con errores se devolverán a la dirección del miembro que conste en su expediente.**

Información del miembro: para la persona que designa a un representante para que actúe en su nombre (“Miembro”)

Nombre:	Número de identificación:
Dirección particular:	
Ciudad, estado, código postal:	
Fecha de nacimiento:	Número de teléfono:

Información del representante designado: por el presente, el Miembro autoriza a Tufts Health Plan a divulgar su información a la siguiente persona y a permitirle que actúe en su nombre (“Representante designado”):

Nombre:	Relación con el Miembro:
Dirección particular:	
Ciudad, estado, código postal:	
Fecha de nacimiento:	Número de teléfono:
Dirección de correo electrónico:	

Términos de esta Designación

1. Se nombra un Representante designado para actuar en nombre del Miembro con respecto a ciertos asuntos relacionados con su cobertura de seguro y los beneficios proporcionados por Tufts Health Plan. Esta autoridad incluye actuar en nombre del Miembro para recibir su información de salud de Tufts Health Plan o hacer cambios relacionados con la inscripción, pagos de primas, beneficios, reclamaciones, cambios de dirección, cambios de proveedor primario de cuidados médicos (PCP por sus siglas en inglés) o solicitudes de comunicaciones especiales.
2. La información del Miembro que divulga Tufts Health Plan puede incluir, entre otros, información demográfica, antecedentes de enfermedades y tratamientos, resultados de pruebas y listas de alergias y medicamentos. El Miembro reconoce que la divulgación puede incluir información en las siguientes categorías protegidas: aborto, sida/complejo relacionado con el sida, abuso de alcohol y sustancias (incluida la información sobre los servicios proporcionados por los programas para el tratamiento de trastornos por consumo de sustancias con asistencia federal), salud conductual, violencia doméstica, pruebas genéticas, VIH, maltrato físico, salud reproductiva y pruebas, tratamiento y prevención de infecciones de transmisión sexual.
3. Tufts Health Plan acepta esta Designación y hace las divulgaciones asociadas con el propósito de cumplir con la solicitud del Miembro.

*Para los propósitos de esta Designación, Tufts Health Plan incluye Harvard Pilgrim Health Care, Inc., Harvard Pilgrim Health Care of New England, Inc., HPHC Insurance Company, Inc., Harvard Pilgrim Group Health Plan, Tufts Associated Health Maintenance Organization, Inc., Tufts Health Public Plans, Inc., Tufts Insurance Company, CarePartners of Connecticut, Inc. y Tufts Associated Health Plans, Inc., y todos sus afiliados actuales y futuros. Esta Designación también se aplica a los proveedores que actúan en representación de las entidades antes mencionadas.

4. Tufts Health Plan no condicionará el tratamiento, el pago, la inscripción o la elegibilidad para los beneficios a que el Miembro firme esta Designación.
5. Tufts Health Plan divulgará la información del Miembro de acuerdo con esta Designación. Una vez que la información se divulga de acuerdo con esta Designación, ya no está protegida por la Ley de Transferencia y Responsabilidad de Seguro Médico (HIPAA por sus siglas en inglés) y el Representante designado puede volver a divulgarla.
6. El Miembro tiene derecho a recibir una copia de esta Designación.
7. A menos que se indique aquí, esta Designación permanecerá en vigor durante dos (2) años a partir de la fecha de la firma en este formulario (o, en el caso de un menor de 0 a 11 años de edad, el día antes de que cumpla 12 años, lo que ocurra primero). Si el Miembro desea una fecha de finalización alternativa, especifíquela aquí: _____.
8. El Miembro puede revocar esta Designación por escrito en cualquier momento antes de su terminación, excepto en la medida en que la información ya haya sido divulgada mientras esta Designación estaba en vigor.

He leído y entiendo los términos de esta Designación y por el presente autorizo la divulgación de mi información de la manera descrita anteriormente. Declaro que la siguiente firma es la mía y que estoy legalmente autorizado a firmar este documento.

Firma del Miembro o representante personal**

Fecha

Nombre en letra de imprenta

Relación, si no es el Miembro**

**Esta Designación solo será válida si está firmada por el Miembro, el padre/madre o el tutor del Miembro si este tiene entre 0 y 11 años de edad o el representante personal del Miembro (por ejemplo, un poder notarial, un apoderado de atención médica, etc.). Si usted no es el Miembro, indique su relación con el Miembro antes mencionado y presente una copia de la documentación legal aplicable si es un representante personal (si no se ha proporcionado ya).

Devuelva el formulario cumplimentado y la documentación legal de respaldo (si corresponde) a:

<p>Por FAX:</p> <p>Con atención a: Servicios para Miembros 1-857-304-6343</p>	<p>Por CORREO:</p> <p>Tufts Health Plan Con atención a: Servicios para Miembros - Planes públicos PO Box 524 Canton, MA 02021</p>
---	---

Si tiene alguna pregunta con respecto a este formulario, comuníquese con un representante de Servicios para Miembros de Tufts Health Plan al 1-888-257-1985 o TTD: 711.