



**Información del representante personal** *(requerida con fines de verificación de privacidad)*Nombre (Apellido, primer nombre, inicial del segundo nombre): \_\_\_\_\_ Sexo:  M  F  No reveladoÚltimos 4 dígitos del N.º del Seguro Social: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
MM DD AAAA

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

N.º de teléfono: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Relación con el asegurado: \_\_\_\_\_

**Período de tiempo para la representación:** Del: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Al: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
MM DD AAAA MM DD AAAA**AVISO:** Si no se provee un período de tiempo, esta solicitud permanecerá vigente hasta que el asegurado o su representante personal limitado le notifique por escrito a Braven Health solicitando un cambio. Marque aquí si quiere que su respuesta a esta solicitud se le envíe a través de correo electrónico.

Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_

Leí el contenido de este formulario. Entiendo, acepto y permito que Braven Health analice y/o divulgue mi información como lo indiqué arriba. Entiendo que Braven Health no me pide que firme este formulario para que yo reciba tratamiento o pago, o para obtener los beneficios de inscripción o elegibilidad. Entiendo que tengo derecho a recibir una copia de este formulario y acepto que una fotocopia es tan válida como el original. Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento al notificarlo por escrito a Braven Health en la dirección que se indica abajo. Entiendo que una revocación no se aplicará a la información que ya se haya divulgado. Entiendo que una vez que se haya divulgado la información, de acuerdo con estas instrucciones, la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de los Seguros Médicos (HIPAA, en inglés) y es posible que otras leyes de privacidad ya no protejan la información.

**Firma del**  **Asegurado**  **Solicitante:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
*(marque si es el asegurado u otro solicitante)* MM DD AAAA**Nombre en letra de molde:** \_\_\_\_\_

# INSTRUCCIONES

## SOLICITUD DE NOMBRAMIENTO DE REPRESENTANTE PERSONAL LIMITADO

**(AVISO: Este formulario no se puede utilizar para el cambio de dirección del asegurado.  
Para cambiar la dirección del asegurado, comuníquese con Servicio al Cliente)**

**Instrucciones generales: Es obligatorio que se llenen todos los espacios a menos que se especifique lo contrario.**

Utilice este formulario si quiere permitir que su información personal de salud se divulgue a otra persona. A esta persona no se le permitirá hacer cambios a su póliza ni a otra información. Este formulario no se puede usar para nombrar a una persona como su representante personal legal con el derecho de actuar en su nombre. Si quiere nombrar a un representante personal legal, complete el formulario Documentación del estado del representante personal legal para un asegurado.

### **Sección de información del asegurado:**

En esta sección se solicita información relacionada con el asegurado para quien se está solicitando un representante personal limitado. Debido a que esta información se usa con fines tanto de identificación como de verificación, la información incluida en esta sección debe coincidir con la información más actualizada del asegurado/titular de la póliza que Braven Health tenga en el archivo. Tenga en cuenta que este formulario se puede rechazar si la información que contiene el formulario no coincide con la información que está en nuestros registros.

### **Sección de información de representante personal limitado:**

Braven Health usará la información solicitada en esa sección con fines de verificación e identificación. Durante una llamada telefónica se le solicitará al representante personal limitado que verifique esta información si quiere recibir su información personal de salud. Período de tiempo de la representación: Si no se registra ninguna fecha de vencimiento, la solicitud permanecerá vigente hasta que el asegurado o el representante personal legal le notifique por escrito a Braven Health sobre el cambio.

**Aviso:** El nombramiento estará vigente en la fecha que Braven Health procese y apruebe el formulario.

---

### **Envíe este formulario por correo postal a:**

Braven Health  
Attn: HIPAA Appeals Unit  
PO Box 1458  
Newark, NJ 07101-1458

**O por fax al:** (973) 274-2358

Este formulario también está disponible para presentarlo en línea a través del portal del asegurado de Braven Health en [BravenHealth.com](http://BravenHealth.com)