

Solicitud de nombramiento de representante personal limitado para un asegurado

Utilice este formulario si desea permitir que su información de salud personal sea divulgada a la persona nombrada abajo para que pueda ayudarlo con su información personal de salud y el pago de la atención médica. Esta persona no podrá realizar cambios en la póliza.

Lea las instrucciones de la PÁGINA 3 antes de completar este formulario. DEBE COMPLETAR TODOS LOS ESPACIOS.

Se requiere un formulario separado para cada asegurado que se encuentre en la póliza. Escriba de forma legible, excepto donde se solicita la firma.

Este formulario se aplica a todos los productos emitidos de Braven Health.

Complete la información de abajo, firme en el espacio designado y devuélvalo a: Braven Health, Attn: HIPAA Team, P.O. Box 1458, Newark, New Jersey 07105-1458 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

Información del asegurado

Nombre (Titular de la póliza Dependiente): _____

N.º de identificación del titular de la póliza:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____ N.º de teléfono: ____ - ____ - ____
MM DD AAAA

Dirección (en el archivo): _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Yo, _____, por este medio nombro a _____
(asegurado) (representante personal limitado)

como mi representante personal limitado. Entiendo que esta solicitud se aplica para las comunicaciones entre Braven Health y sus asociados comerciales respecto a mi información privada.

Información que Braven Health puede divulgar:

Yo autorizo a Braven Health para que divulgue la siguiente información a mi representante personal limitado:

Opción 1: **Toda mi información, incluida información potencialmente confidencial.** Esto puede incluir un *diagnóstico* (nombre de la enfermedad o afección), *procedimiento* (tipo de tratamiento), *reclamaciones*, *el nombre de mis médicos y otros proveedores de atención médica e información financiera* (como facturación y operaciones bancarias). Braven Health está autorizado a divulgar información relacionada con VIH o SIDA, enfermedades de transmisión sexual, salud conductual o mental, trastornos por consumo de sustancias (incluido el abuso de alcohol), información genética y salud sexual (planificación familiar y anticonceptivos, aborto y embarazo).

Tenga en cuenta que para ciertas divulgaciones de salud conductual a usted se le puede requerir que provea autorizaciones adicionales.

Opción 2: **Toda mi información, PERO NO información confidencial.** Braven Health NO está autorizado a divulgar información confidencial, la cual puede incluir un *diagnóstico* (nombre de la enfermedad o afección), *procedimiento* (tipo de tratamiento) o *mensajes de pagos de reclamaciones relacionadas* con VIH o SIDA, enfermedades de transmisión sexual, salud conductual o mental, trastornos por abuso de sustancias (incluyendo abuso de alcohol), información genética y salud sexual (planificación familiar y anticonceptivos, aborto y embarazo). Tenga en cuenta que, Braven Health divulgará a su representante personal limitado los *nombres de sus médicos y otros proveedores de atención médica*, lo cual puede ser una indicación de un servicio confidencial.

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 07105-1458

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