

Formulario de solicitud de designación de representante personal de Well Sense Health Plan



Tenga en cuenta que: este formulario se utiliza para designar a alguien a quien usted le da autoridad para que actúe en su nombre. Al designar un representante personal, usted autoriza a WellSense Health Plan a proporcionarle a su representante personal acceso a su información del miembro. Todos los campos son obligatorios. Los formularios incompletos o incorrectos se devolverán.

Información del miembro (escriba en letra de imprenta clara)			
Su número de ID de miembro (figura en la tarjeta de identificación de WellSense)		Fecha de nacimiento	
Apellido del miembro			
Primer nombre inicial del segundo nombre:			
Dirrección	Ciudad	Estado	Código postal
Teléfono:			

Información del representante personal	
Designo a la siguiente persona para que actúe como mi representante personal.	
Nombre del representante personal (en letra de imprenta)	Fecha de nacimiento
Relación con el solicitante	

Categorías especiales (escriba sus iniciales al lado de todas las que correspondan)			
La legislación estatal exige que otorgue permiso específico para divulgar la siguiente información. Escriba sus iniciales al lado de todas las que correspondan para indicar su permiso para que Well Sense Health Plan le proporcione a su representante personal acceso a la siguiente información.			
Prebas y resultados genéticos		Ataque sexual	
Salud mental/conductual		Abuso de sustancias/alcohol	
Violencia doméstica		Enfermedades de transmisión sexual (ETS)	
VIH/SIDA		Informes de mamografías	

Aborto		
--------	--	--

Como mi representante personal, autorizo a la persona mencionada anteriormente a actuar en mi nombre en relación con mi cobertura de atención médica que me proporciona WellSense Health Plan. WellSense Health Plan puede divulgar información médica (p. ej., información de salud, reclamos o pagos) a mi representante personal y responder las preguntas de mi representante personal en mi nombre de la misma forma y con el mismo alcance con las que WellSense Health Plan divulgaría esa información a mí. WellSense Health Plan me seguirá enviando correspondencia por escrito relacionada con mis beneficios y cobertura de acuerdo con las políticas de WellSense a menos que yo especifique otra cosa.

Comprendo que esta designación es válida hasta que yo la revoque o modifique mediante el envío de un formulario de "Aviso de revocación de designación de representante personal" u otro aviso por escrito similar a WellSense Health Plan a la dirección que figura debajo. Comprendo que cualquier revocación de mi designación de un representante personal entrará en vigor luego de que dicha revocación por escrito se reciba y procese y que la revocación no será válida cuando WellSense Health Plan ya haya actuado con base en mi designación.

Comprendo que mis expedientes de tratamiento por abuso de alcohol y/o drogas están protegidos por la normativa federal vigente, confidencialidad y expedientes del paciente de trastorno de abuso de sustancias, 42 C.F.R. Parte 2, y la Ley de portabilidad y responsabilidad de seguros médicos (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA) de 1996, 45 C.F.R. Partes 160 y 164, y no se pueden divulgar sin mi consentimiento por escrito a menos que la ley disponga lo contrario. Comprendo que, previa solicitud, se me debe proporcionar una lista de las entidades a las que mi información de tratamiento por abuso de alcohol y/o drogas se ha divulgado.

Firma del miembro	Fecha
-------------------	-------

Si el miembro es menor de 18 años, el padre, la madre o tutor deben firmar debajo.

Firma del padre/madre/tutor legal	Fecha
-----------------------------------	-------

Nombre del padre/madre/tutor legal en letra de imprenta	Fecha
---	-------

SOLO PARA USO DE WELL SENSE HEALTH PLAN	
SOLICITUD RECIBIDA EL:	FECHA (DD/MM/AAAA)

Envíe el formulario completado por correo o fax a:

WellSense Health Plan
 Attn: Member Services Dept.
 529 Main St., Suite 500
 Charlestown, MA 02129

Fax: 617-897-0884

Teléfono:

WellSense Medicare Advantage Member Services:
 855-833-8128 (TTY: 711)

WellSense NH Medicaid Member Services:
 877-957-1300 (TTY: 711)