



wellsense.org | 877-957-1300

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 Well Sense 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 WELL SENSE HEALTH PLAN)		FECHA DE NACIMIENTO	
APELLIDO DEL MIEMBRO			
PRIMER NOMBRE INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE:			
DIRECCIÓN	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.			
PRUEBAS 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 Well Sense Health Plan. Well Sense 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 Well Sense Health Plan divulgaría esa información a mí. Well Sense Health Plan me seguirá enviando correspondencia por escrito relacionada con mis beneficios y cobertura de acuerdo con las políticas de Well Sense Health Plan 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 Well Sense 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 Well Sense 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:

Well Sense Health Plan
Attention: Member Services Dept.
1155 Elm Street, Suite 600
Manchester, NH 03101

Fax: 617-897-0884

Teléfono: 877-957-1300