HIPAA - Designación a un representante.

Entiendo que al firmar voluntariamente este formulario, estoy autorizando y otorgando a MedImpact Healthcare Systems, Inc., permiso para proporcionar a la persona nombrada a continuación la autoridad para acceder a mi Información Protegida de Salud para ayudar en mi tratamiento y pago de ese tratamiento. Entiendo que la información que autorizo a revelar podría compartirse con otras personas o entidades y ya no estaría protegida por las regulaciones federales de privacidad. Entiendo que mi tratamiento o el pago del tratamiento no puede estar condicionado a si firmo o no este formulario.

Este formulario está destinado a personas que no son de Medicare. Si está inscrito en Medicare y desea designar a un representante para que se comunique en su nombre sobre un reclamo, autorización previa, queja, apelación o cualquier otra decisión que afecte su atención o los servicios que recibe, complete el formulario que se encuentra en **https://www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf** y envíelo a MedImpact (Attn: Customer Care), 7835 Freedom Avenue NW, North Canton, OH 44720.

Información del miembro

Nombre del miembro _____ Identificación del miembro _____

Dirección _____

Ciudad, estado zip _____

Teléfono _____ Correo electrónico _____

Información del individuo autorizado *(La información será revelada a esta persona)*

Nombre _____ Relación con el miembro _____

Dirección _____

Ciudad, estado, zip _____

Teléfono _____ Correo electrónico _____

Concedo al individuo mencionado arriba acceso a lo siguiente *(Tiene que marcar un cuadro)*

- ☐ A toda mi Información Protegida de Salud – Entiendo que esta información de salud puede incluir información relacionada con el VIH (HIV) e información relacionada con el diagnóstico o tratamiento de discapacidades psiquiátricas y abuso de sustancias.
- ☐ Otro: Especifique límites o atención de salud relacionada con un incidente específico

_____

_____

Entiendo que esta designación: *(Tiene que marcar un cuadro)*

- ☐ Tendrá efecto por el resto de vida del miembro a menos que sea revocada
- ☐ Caducará un (1) año contado a partir de la fecha de ejecución

Entiendo que tengo el derecho de revocar esta autorización, excepto en la medida en que MedImpact haya actuado en base a ella, enviando una notificación por escrito a: MedImpact Privacy Officer, 7835 Freedom Avenue NW, North Canton, OH 44720.

Firma del miembro _____ Fecha _____

Envíe este formulario debidamente llenado a una de las siguientes direcciones:
Correo: MedImpact, Attn: Customer Care, 7835 Freedom Avenue NW, North Canton, OH 44720 **Fax:** 866-250-5178
corp_web_all_form_hipaa representative form_23-7495

Copyright © 2024 MedImpact Healthcare Systems, Inc. All rights reserved. E1 2024

MedImpact