

Solicitud de asignación de representante limitado para el miembro

Utilice este formulario si desea permitir que su información médica personal se divulgue a la persona asignada a continuación para que pueda ayudarle con su atención médica y el pago de la misma. Dicha persona no estará autorizada a realizar cambios en su póliza. Lea las instrucciones en la PÁGINA 3 antes de completar este formulario. **DEBE COMPLETAR TODOS LOS CAMPOS.** Se requiere un formulario por separado para cada miembro de la póliza. Escriba con letra de molde legible, excepto donde se le solicite firmar.

Brinde la información a continuación, firme en el espacio provisto y envíe el formulario a: Horizon NJ Health, Attn: HIPAA Team, 1700 American Blvd., Pennington, NJ 08534 en el sobre con sello que se adjunta.

Información del miembro

Nombre (*Suscriptor [Miembro]* *Dependiente*): _____

N.º de identificación del suscriptor (miembro): _____

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

Dirección (que figura en los registros): _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Yo, _____, por la presente reconozco a _____
(miembro) (representante limitado)

como mi representante limitado. Entiendo que esta solicitud se aplica a las comunicaciones de Horizon NJ Health y sus socios comerciales en materia de mi información privada.

Información que Horizon NJ Health puede divulgar:

Autorizo a Horizon NJ Health a divulgar la siguiente información a mi representante limitado:

Opción 1: Toda mi información, incluida la 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 facturas y transacciones bancarias). Horizon NJ Health está autorizado a divulgar información relacionada con el VIH o SIDA, enfermedades de transmisión sexual, salud mental, trastornos por uso de sustancias (incluido el abuso del alcohol), información genética y salud sexual (planificación familiar y anticoncepción, aborto y embarazo).

Tenga en cuenta que para ciertas divulgaciones de salud conductual (salud mental/uso de sustancias), es posible que deba brindar autorizaciones adicionales.

Opción 2: Toda mi información, PERO NO información potencialmente confidencial. En el caso de información no 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 facturas y transacciones bancarias). Sin embargo, Horizon NJ Health NO está autorizado a divulgar información relacionada con el VIH o SIDA, enfermedades de transmisión sexual, salud mental, trastornos por uso de sustancias (incluido el abuso de alcohol), información genética y salud sexual (planificación familiar y anticoncepción, aborto y embarazo).

Información del representante (se requiere para efectos de verificación de privacidad)

Nombre (apellido, nombre, inicial del segundo nombre): _____

Últimos 4 dígitos del Seguro Social: _____ Fecha de nacimiento: ____/____/_____
MM/DD/AAAA

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

N.º de teléfono: ____ - ____ - ____ Relación con el miembro: _____

Plazo de la representación: De: ____ / ____ / ____ A: ____ / ____ / ____

NOTA: Si no se brinda un plazo específico, la presente solicitud permanecerá en vigor hasta que el miembro o su representante limitado notifique a Horizon NJ Health por escrito una solicitud de cambio.

Marque esta casilla si desea que su respuesta a esta solicitud se envíe por correo electrónico.

Correo electrónico: _____

He leído el contenido de este formulario. Entiendo, acepto y permito que Horizon NJ Health analice o divulgue mi información de la manera que indiqué anteriormente. Entiendo que Horizon NJ Health no requiere que yo firme este formulario para recibir tratamiento o pago, ni para recibir beneficios de inscripción o elegibilidad. Entiendo que tengo derecho a recibir una copia de este formulario y acepto que la fotocopia del mismo tiene la misma validez que el original. Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento al notificárselo a Horizon NJ Health por escrito a la dirección que aparece a continuación. Entiendo que la 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, es posible que la Ley de Responsabilidad y Transferibilidad de Seguros Médicos (HIPAA) y otras leyes de privacidad ya no protejan la información.

Firma del Miembro Representante legal: _____ Fecha: ____/____/____

(marque si es miembro o representante legal)

Nombre en letra de molde: _____

INSTRUCCIONES

SOLICITUD DE ASIGNACIÓN DE REPRESENTANTE LIMITADO

(NOTA: Este formulario no se puede utilizar para cambiar la dirección de un miembro. Para cambios de dirección de miembros, comuníquese con Servicios para Miembros).

Instrucciones generales: Debe completar todos los campos, a menos que se especifique lo contrario.

Utilice este formulario si desea permitir que su información médica personal se divulgue a otra persona. Dicha persona no estará autorizada a realizar cambios en su póliza u otra información. Este formulario no se puede utilizar para asignar a una persona como su representante legal con derecho a actuar en su nombre. Si desea asignar a un representante legal, complete el formulario Documentación del estatus de representante legal para el miembro.

Sección de información del miembro:

En esta sección, se solicita información relacionada con el miembro para el que se solicita un representante limitado. Dado que esta información se utiliza tanto para fines de identificación como de verificación, los datos incluidos en esta sección deben coincidir con la información más actualizada del miembro/suscriptor en los registros de Horizon NJ Health.

Tenga en cuenta que este formulario puede ser rechazado si la información que incluye no coincide con la información de nuestros registros.

Sección de información del representante limitado:

Horizon NJ Health utilizará la información solicitada en esta sección con fines de identificación y verificación. El representante limitado deberá verificar esta información durante una llamada telefónica si desea recibir su información médica personal. Plazo de representación: Si no se ingresa una fecha de rescisión, la solicitud permanecerá en vigor hasta que el miembro o representante legal notifique el cambio a Horizon NJ Health por escrito.

Nota: La asignación entrará en vigor en la fecha en que Horizon NJ Health procese y apruebe el formulario.

Envíe por correo este formulario a la siguiente dirección:

Horizon NJ Health
Attn: HIPAA Team
1700 American Blvd.
Pennington, NJ 08534

O por fax: (609)538-1574

HNJH_HIPAA_Team@horizonblue.com