

Formulario para la autorización de un representante designado

Lea primero esta información:

El formulario de *representante designado* se usa para identificar a la(s) persona(s) a quien(es) se le(s) permite tener los mismos derechos que usted tiene de acceder a su información confidencial de salud protegida. Al firmar este formulario, permite que Optima Health divulgue la información de salud protegida a la persona (as) nombrada(s). Su firma también libera a Optima Health de alguna responsabilidad de cualquier naturaleza en relación con la publicación de su información de salud protegida, siempre y cuando Optima Health siga los términos detallados en este formulario. Optima Health no es responsable de cualquier uso, mal uso o divulgación secundaria de su información por parte de la(s) persona(s) listada(s) a continuación.

*****Envíe por correo este formulario a: Optima Health, 4417 Corporation Lane, Virginia Beach, VA 23462.**

Paso 1: Complete la información demográfica del miembro que recibe los servicios:

1. _____ 2. ____/____/_____
Nombre Fecha de nacimiento

3. _____
N° de identificación del miembro o N° de seguro social

Paso 2: Debe adjuntar una copia de un documento que pruebe una relación establecida con la persona(s) que usted designe. Este documento puede incluir documentos de la corte, un poder duradero o un poder notarial para la atención médica.

Paso 3: Información sobre el representante designado:

4. Representante designado: _____
Nombre completo

5. Relación con el miembro: _____

6. Dirección del representante designado: _____

7. Número de teléfono: (____) _____ - _____ (____) _____ - _____
Casa Trabajo

8. Fecha de vencimiento de la autorización: _____

Esta autorización vencerá a los dos (2) años contados desde la fecha en que se firmó, a menos que se indique la fecha de vencimiento anteriormente. Después del vencimiento de esta autorización, deberá realizar una nueva autorización con el fin de que tenga validez. Usted puede cancelar esta autorización por escrito en cualquier momento.

9. _____
Firma del miembro Fecha

10. _____
Firma del padre/tutor (si es requerido por ley estatal)

11. _____
Testigo