



Este formulario es para documentar la designación de un Representante Autorizado para un participante. Este formulario autoriza la divulgación de información médica al (a los) representante(s) nombrado(s).

1. Información del participante

Empleado

- - Número de Seguro Social

Identificación del empleado

Nombre del participante

Fecha de nacimiento

Dirección

Ciudad

Estado

Código Postal

- - Teléfono de día

Correo electrónico

Esta autorización no proporciona a su "Representante Autorizado" ninguna autoridad; sea implícita o directa, sobre ninguna decisión de atención directa. Si desea establecer un poder notarial o testamento en vida, favor de discutir esto con su abogado. La ejecución de este formulario no será condición para los pagos de prestaciones, la inscripción o la elegibilidad para prestaciones.

2. Tipo de información

Entiendo que la información en mi registro médico puede incluir información relacionada con enfermedades de transmisión sexual, el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), o el virus de inmunodeficiencia humana (VIH). También puede incluir información sobre servicios de salud mental o conducta y tratamiento sobre el abuso de alcohol y drogas.

3. Uso y/o divulgación autorizados

Intención del uso o divulgación:

Entiendo que su política general es la de no divulgar mi información personal de salud a otras partes, excepto a las que estén involucradas directamente con mi atención, sin mi autorización escrita o según lo que permita y requiera la ley. Por esta razón, le autorizo hablar y divulgar mi información personal de salud a la(s) persona(s) nombrada(s) abajo con el propósito de asistir con, o facilitar la coordinación o pago de mis prestaciones de salud. También entiendo que si mi Representante Autorizado no es un proveedor de atención de salud u otra entidad sujeta a las leyes federales o estatales aplicables de privacidad, mi información personal de salud puede ya no estar protegida por esas leyes de privacidad y mi Representante Legal puede divulgar mi información personal de salud sin mi autorización. Reconozco que mi autorización es voluntaria.

(Continúa en la siguiente página)



1 Representante autorizado #1

Nombre del participante

 - -

Teléfono de día

Dirección

Ciudad

Estado

Código Postal

Relación con usted

2 Representante autorizado #2

Nombre del participante

 - -

Teléfono de día

Dirección

Ciudad

Estado

Código Postal

Relación con usted

Si quiere restringir la información que el Representante Autorizado puede recibir, indique las restricciones abajo. Podemos no aceptar sus restricciones. Le notificaremos si no podemos aceptar.

4. Caducidad y revocación

Para los residentes de Dakota del Norte, esta Designación de Representante Autorizado permanecerá vigente durante 90 días después de la fecha de terminación de su(s) plan(es). Para los residentes en todos los demás estados, esta autorización terminará 12 meses después de la fecha de la firma abajo.

Entiendo que tengo el derecho de revocar o terminar esta autorización en cualquier momento. Entiendo que si no deseo que la(s) persona(s) nombrada(s) en la Sección C permanezca(n) como mi Representante Autorizado, debo revocar esta autorización **por escrito** al dar un aviso escrito de mi decisión a Discovery Benefits, Inc. en la dirección escrita abajo. Entiendo que mi revocación de esta autorización no afectará ninguna acción que hayan tomado, ni ninguna información que ya hayan divulgado, basadas en esta autorización antes de que reciban mi solicitud para revocarla.

5. Firma y autorización

Firma del empleado

Fecha

Devuelva este formulario a: Participant Services, Discovery Benefits, Inc. P.O. Box 2926, 203 10th Street North, Fargo, ND 58108. A solicitud, tiene derecho a una copia de este formulario después de firmarlo. Favor de notificarnos cualquier cambio de la información proporcionada en este formulario.