

# SOLICITUD DE REPRESENTANTE PERSONAL

La finalidad de contar con un Representante personal es permitirle que otra persona actúe en su nombre con respecto a:

- › las decisiones que deben tomarse sobre sus beneficios de salud,
- › solicitar y/o divulgar su información sobre la salud protegida, y
- › ejercer todos los derechos que tenga en virtud de su plan de beneficios de salud.

Un Representante personal puede ser designado legalmente, o por el propio Cliente, para actuar en su nombre:

- › Si el Representante personal ha sido designado legalmente, el Representante personal debe completar y firmar este formulario. Junto con este formulario, deberá presentarse documentación legal respaldatoria, como un poder notarial que indique que tiene plenas facultades para tomar decisiones con respecto al cuidado de la salud o documentación sobre la tutela.

El Cliente conserva su derecho a actuar en su propio nombre a menos que CareAllies reciba documentación legal que ordene lo contrario.

**Nota: Si su solicitud es aprobada, solo afectará las comunicaciones escritas y orales enviadas por CareAllies. Si desea que su empleador, su plan de salud colectivo, su médico o cualquier otra persona ajena a CareAllies también efectúen este cambio, deberá obtener su conformidad por separado.**

## Verificación (utilice letra de molde)

**Identificación del Cliente:** (La siguiente información es necesaria para verificar la identidad).

Nombre del Cliente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Número de teléfono en el que podemos encontrarle si necesitamos comunicarnos con usted para procesar su solicitud (obligatorio): \_\_\_\_\_

N.º del Seguro Social (opcional): \_\_\_\_\_

N.º de tarjeta de ID del Cliente (si corresponde): \_\_\_\_\_

N.º de grupo o cuenta que aparece en la tarjeta de ID: \_\_\_\_\_

Nombre del Suscriptor (si difiere del Cliente): \_\_\_\_\_

Relación del Suscriptor con el Cliente: \_\_\_\_\_

Nombre del Empleador del Suscriptor: \_\_\_\_\_

N.º del Seguro Social del Suscriptor (si difiere del Cliente) (opcional): \_\_\_\_\_

**Si tiene cobertura adicional con CareAllies, además de la descrita arriba, proporcione también la siguiente información:**

Nombre del otro Empleador: \_\_\_\_\_

N.º que aparece en la tarjeta de ID del Cliente: \_\_\_\_\_

N.º de grupo o cuenta que aparece en la tarjeta de ID: \_\_\_\_\_

¿Esta solicitud se aplica a toda la cobertura?  Sí  No

Complete el formulario en la página siguiente



## Identificación del Representante personal:

Nombre del Representante personal: (solo se puede designar a una persona) \_\_\_\_\_

Relación con el Cliente: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento del Representante personal: (responda en el siguiente formato de 8 dígitos: 11231949 para el 23 de noviembre de 1949)

Dirección donde deben enviarse las comunicaciones sobre este Cliente: \_\_\_\_\_

¿Cuál es el motivo de esta solicitud? \_\_\_\_\_

## Preguntas de verificación para el representante personal

(En esta sección, “usted” y “su” se refieren al Representante personal).

**Las respuestas que usted brinde a continuación serán usadas para verificar su identidad si llama para acceder a información sobre la salud protegida del Cliente. Tenga en cuenta que formulamos estas preguntas porque debería resultarle fácil recordar las respuestas, pero puede ingresar otros números según se explica a continuación.**

Número de ID personal (PIN) de 4 dígitos (puede usar cualquier número de cuatro dígitos) \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento de su mamá (responda en el siguiente formato de 8 dígitos: 11231949 para el 23 de noviembre de 1949)

Puede usar cualquier fecha; no obstante, no puede ser una fecha futura y debe ser una fecha calendario legítima. Por ejemplo, no podemos aceptar 11361949 (36 de noviembre de 1949) porque noviembre no tiene 36 días. Tampoco podemos aceptar 11232099 (23 de noviembre de 2099) porque 2099 es una fecha futura.

- › NO le proporcione a ninguna otra persona las respuestas a estas preguntas.
- › Conserve una copia de este formulario como referencia.

## Tenga en cuenta que:

- › Si la información suministrada en este formulario no está completa, CareAllies le devolverá el formulario, y esta solicitud no será tenida en cuenta hasta tanto CareAllies reciba la información completa.
- › Si se modifica su ID de Cliente o la fecha de nacimiento, será necesario que complete otro formulario en ese momento.
- › Si el Cliente o grupo se cambia a un tipo de cobertura de beneficios de cuidado de la salud diferente brindada por CareAllies, será necesario que complete otro formulario en ese momento.
- › Las solicitudes anteriores para que se envíe información a una dirección alternativa no serán tenidas en cuenta. Toda la correspondencia futura para Clientes se enviará a la dirección especificada anteriormente.
- › Podrá modificar o revocar esta solicitud enviando una solicitud por escrito a CareAllies, Central HIPAA Unit, a la dirección que aparece en la página siguiente.

**Complete el formulario en la página siguiente**

## Firma

Los Representantes personales designados por orden judicial u otra documentación legal deben **completar la sección A**.

Los Representantes personales designados por un Cliente deben **pasar a las secciones B y C**.

### A. Representantes personales designados legalmente:

He leído y comprendo la información incluida más arriba. Al firmar este formulario, declaro que tengo la facultad legal para actuar en nombre del Cliente.

Firma del Representante personal \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Para proteger la privacidad y ayudar a garantizar que ninguna otra persona que no sea la que el Cliente designó reciba Información sobre la salud protegida, esta solicitud debe enviarse con la documentación legal respaldatoria apropiada.

### B. Representantes personales designados por un Cliente

Para proteger la privacidad y ayudar a garantizar que ninguna otra persona que no sea la que el Cliente designó reciba Información sobre la salud protegida, esta solicitud debe ser firmada por el Cliente.

He leído y comprendo la información incluida más arriba. Al firmar este formulario, declaro que autorizo a CareAllies a tratar a mi Representante personal como si fuese yo mismo.

Firma del Cliente/padre/tutor (*Esta línea es para que firme el Cliente, para autorizar al Representante personal*).

\_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

### Si la solicitud es realizada por un padre/tutor de un menor, complete lo siguiente:

El Cliente es un menor de \_\_\_\_\_ años. Si está realizando esta solicitud en nombre de un menor de edad, es posible que pidamos información adicional antes de que esta solicitud se considere completa.

## Envíe este formulario completado a:

**Por correo a:** CareAllies  
PRIVACY OFFICE HIPAA UNIT  
PO Box 188014,  
Chattanooga, TN 37422.

**Por fax al:** 877.815.4827 o al 859.410.2419



"CareAllies" es una marca de servicio registrada de Cigna Intellectual Property, Inc., cuya licencia de uso poseen Cigna Corporation y sus subsidiarias operativas. Todos los productos y servicios son brindados exclusivamente por dichas subsidiarias operativas y no por Cigna Corporation. Dichas subsidiarias operativas incluyen a International Rehabilitation Associates, Inc. (Intracorp), Evernorth Behavioral Health, Inc. y vieliflife Limited. Los modelos se usan con fines ilustrativos únicamente.

956014SP 08/21 © 2021 CareAllies. Parte del contenido se suministra bajo licencia.