



## FORMULARIO DE REPRESENTANTE AUTORIZADO

Este formulario se utiliza para confirmar que se autoriza a ATRIO Health Plans y a las entidades relacionadas a analizar o divulgar su información personal, incluida la Información protegida sobre la salud, a una persona en particular que se desempeñe como su Representante autorizado.

**Este documento está disponible en formatos alternativos para personas con necesidades especiales; comuníquese al número gratuito (877) 672-8620 o al TTY (800) 735-2900 para solicitar este servicio.**

**Envíe el formulario completo y firmado a ATRIO:**

**Fax:** (541) 672-8670

**Correo postal:** ATRIO Health Plans, 2965 Ryan Drive SE, Salem, OR 97301

### SECCIÓN 1: INFORMACIÓN DEL MIEMBRO DE ATRIO

|                                  |  |                              |                |
|----------------------------------|--|------------------------------|----------------|
| Nombre (primero, MI, Último):    | Fecha de nacimiento:<br>__ / __ / ____ | Identificación de miembro #: |                |
| Dirección:                       | Ciudad:                                | Estado:                      | Código postal: |
| Dirección de correo electrónico: | Teléfono de casa:                      | Teléfono celular:            |                |

### SECCIÓN 2: TIPO DE SOLICITUD

- Nueva solicitud:** Esta es una solicitud para asignar nuevos Representantes autorizados.
- Reemplazo de una solicitud existente:** Esta solicitud se utiliza para reemplazar a un Representante autorizado previamente aprobado.
- Revocación de una solicitud existente:** Esta solicitud se utiliza para solicitar la rescisión de un Representante autorizado previamente aprobado. Escriba una fecha de vigencia para la rescisión: \_\_ / \_\_ / \_\_

**Tenga en cuenta lo siguiente:** Los formularios de nuevas solicitudes reemplazarán automáticamente las solicitudes existentes previamente aprobadas.

### SECCIÓN 3: ALCANCE DE LA AUTORIZACIÓN

Autorizo a ATRIO Health Plans a analizar y divulgar mi información personal a los Representantes autorizados mencionados anteriormente a los fines de asistencia, facilitación, inscripción o coordinación de servicios o pago de beneficios de mi plan de salud. Comprendo que tengo derecho a limitar el tipo de información que se puede proporcionar a los Representantes autorizados.

**A continuación, seleccione los elementos que NO DESEA DIVULGAR a los Representantes autorizados. Comprendo que al dejar esta sección en blanco no existe límite para la información que se puede divulgar.**

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Registros médicos                                 | <input type="checkbox"/> Información sobre reclamos                               |
| <input type="checkbox"/> Registros de salud mental                         | <input type="checkbox"/> Información sobre autorizaciones previas                 |
| <input type="checkbox"/> Enfermedades transmisibles (incluidos HIV y AIDS) | <input type="checkbox"/> Información sobre inscripción, elegibilidad y beneficios |
| <input type="checkbox"/> Tratamiento por abuso de alcohol/sustancias       | <input type="checkbox"/> Información sobre vencimientos de primas y pagos         |
| <input type="checkbox"/> Otros (especificar): _____                        |   |

### SECCIÓN 4: REPRESENTANTES AUTORIZADOS

#### 1.º representante autorizado:

|  |   |         |                |
|--|---|---------|----------------|
| Nombre (primer nombre, inicial del segundo nombre y apellido): | Relación (si existe alguna) con el miembro: |         |                |
| Teléfono de casa:  | Teléfono celular:                           |         |                |
| Dirección:   | Ciudad:                                     | Estado: | Código postal: |

#### 2.º representante autorizado:

|  |   |         |                |
|--|---|---------|----------------|
| Nombre (primer nombre, inicial del segundo nombre y apellido): | Relación (si existe alguna) con el miembro: |         |                |
| Teléfono de casa:  | Teléfono celular:                           |         |                |
| Dirección:   | Ciudad:                                     | Estado: | Código postal: |

## SECCIÓN 5: FIRMA/CONFIRMACIÓN DE AUTORIZACIÓN DEL MIEMBRO

Al firmar este formulario, comprendo y acepto que ATRIO Health Plans, en su nombre y en nombre de sus entidades relacionadas, puede divulgar mi información personal según se menciona arriba a los Representantes autorizados enumerados en este formulario. Tuve la oportunidad de leer y comprender el contenido y los requisitos de esta autorización.

Firma del miembro\*: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**A menos que se revoque por escrito, esta Autorización permanecerá vigente hasta su vencimiento dos años a partir de la fecha de la firma o hasta la siguiente fecha: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_**

\* Si el miembro no puede firmar este formulario, un representante legal puede firmarlo, completarlo y enviarlo en nombre del miembro. Un representante legal es una persona que tiene derecho legal a firmar por el miembro. Adjunte una prueba de que usted es el representante legal del miembro (por ejemplo: documentación de poder notarial).

### Sus derechos a un uso y/o divulgación autorizada

Comprendo que:

- La política general de ATRIO Health Plans no es divulgar mi información personal a otras partes, excepto aquellas directamente relacionadas con mi atención médica, sin mi autorización por escrito o según lo permita o requiera la ley.
- Este formulario no modificará la manera en que ATRIO Health Plans procesa mis beneficios, pagos, formularios de inscripción o mi elegibilidad para los beneficios.
- Si mi Representante autorizado no es un proveedor de atención médica u otra entidad sujeta a las leyes de privacidad federales o estatales aplicables, es posible que esas leyes de privacidad ya no protejan mi información personal, y mi Representante autorizado puede divulgar mi información personal sin mi autorización.
- Comprendo que esta autorización no le proporciona autoridad, ya sea implícita o directa, a mi Representante autorizado sobre decisiones relacionadas con tratamientos o atención directa.
- Tengo derecho a revocar o finalizar esta autorización en cualquier momento y debo hacerlo por escrito o al enviar un nuevo formulario con información actualizada.
- Si revoco esta autorización, eso no afectará las acciones que ATRIO Health Plans o las entidades relacionadas hayan realizado antes de recibir mi notificación de revocación por escrito.
- Puedo solicitar una copia de este formulario firmado.
- Si tengo preguntas sobre este formulario, puedo comunicarme con ATRIO Health Plans al número gratuito (877) 672-8620 o al TTY (800) 735-2900.