

## REPRESENTANTE AUTORIZADO

**Nota:** Este formulario se utiliza para confirmar la autorización del plan de salud, para tratar o divulgar la información de salud protegida del suscriptor a una persona particular que actúa como Representante Autorizado del suscriptor. El uso de esta información está estrictamente limitado al fin descrito en el presente.

**Este documento está disponible en formatos alternativos para personas con necesidades especiales. Llame al (541) 768-4550 o realice una llamada gratuita al 1-800-832-4580 para solicitar este servicio. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-735-2900.**

### INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE:

Al firmar este formulario, entiendo y acepto que Samaritan Health Plan Operations (SHPO) y/o Intercommunity Health Network-Coordinated Care Organization (IHN-CCO) pueden dar a conocer mi información médica personal, definida como identificación de proveedores de atención médica, diagnósticos personales, cirugías, información demográfica y sobre primas. Entiendo que esta autorización no le proporciona a mi Representante Autorizado ninguna autoridad, ya sea implícita o directa, sobre ninguna decisión de atención directa o de tratamiento. Asimismo, comprendo que cumplir con las formalidades de este formulario no modificará la manera en que SHPO/IHN-CCO procesan mis beneficios, pagos, formularios de inscripción/cambios o mi elegibilidad para los beneficios.

### IDENTIFIQUE SU PLAN:

- Samaritan Advantage     
  Samaritan Choice     
  IHN-CCO     
  Samaritan Oregon Standard  
 Samaritan Everyday Choices

### INFORMACIÓN DEL ASOCIADO: (escriba en letra de imprenta)

Nombre del asociado:	Identificación del asociado:	Fecha de presentación:
Dirección:	Teléfono N.º:	
Dirección de correo electrónico:	N.º de seguro social:	

### AUTORIZACIÓN PARA USO Y/O DIVULGACIÓN

*Divulgación o uso previsto:*

Entiendo que la política general de SHPO/IHN-CCO consiste en no divulgar mi información médica personal a terceros, salvo a aquellos directamente involucrados en mi atención, sin mi autorización escrita o según sea permitido o requerido por ley. Por este motivo, autorizo a SHPO/IHN-CCO a tratar y divulgar mi información médica personal a las personas mencionadas a continuación con el fin de colaborar o facilitar la coordinación o el pago de mis beneficios del plan de salud. Asimismo, entiendo que si mi Representante Autorizado no es un proveedor de atención médica u otra entidad sujeta a las leyes de privacidad federales o de estado aplicables, esas leyes de privacidad ya no pueden proteger mi información médica personal y mi Representante Autorizado puede seguir divulgando mi información médica personal sin mi autorización. Reconozco que mi autorización es voluntaria.

### REPRESENTANTE AUTORIZADO N.º 1 (escriba en letra de imprenta)

Nombre:	Teléfono N.º:
Dirección:	Relación con el asociado:

**REPRESENTANTE AUTORIZADO N.º 2: (escriba en letra de imprenta)**

Nombre:

Teléfono N.º:

Dirección:

Relación con el asociado:

**LIMITACIONES RESPECTO DE LA DIVULGACIÓN:**

Entiendo que tengo el derecho de limitar la información que SHPO/IHN-CCO divulgue según esta autorización. Por ejemplo, puedo limitar el acceso de mi Representante Autorizado a la información sobre un proveedor de atención médica en particular o sobre un diagnóstico/enfermedad en particular. Cualquiera de estas limitaciones deben describirse a continuación por escrito.

Entiendo que al dejar esta sección en blanco, no estoy estableciendo ninguna limitación respecto de la divulgación.  
**LIMITACIONES RESPECTO DE LA DIVULGACIÓN:**

**EXPIRACIÓN Y REVOCACIÓN:**

Esta autorización de divulgar información a mi Representante Autorizado expirará automáticamente al año a partir de la fecha de la firma. Entiendo que tengo el derecho de revocar o poner fin a esta autorización en cualquier momento. Entiendo que, si no deseo que la persona mencionada siga siendo mi Representante Autorizado, debo revocar esta autorización, mediante notificación escrita de mi decisión dirigida al contacto del plan de salud indicado más abajo. Entiendo que mi revocación de esta autorización no afectará ninguna medida que SHPO/IHN-CCO hayan tomado ni ninguna información que SHPO/IHN-CCO ya hayan divulgado, en virtud de esta autorización antes de que SHPO/IHN-CCO reciban realmente mi solicitud de revocarla.

**FIRMA/AUTORIZACIÓN:**

He tenido la posibilidad de leer y considerar el contenido de este formulario de Representante Autorizado. Confirmando que esta autorización es compatible con mi solicitud del plan de salud y su administrador. Entiendo que, al firmar este formulario, estoy confirmando mi autorización de que el plan de salud puede utilizar y/o divulgar mi información médica personal a la persona mencionada como Representante Autorizado para los fines descritos anteriormente.

**Firma:****Fecha:****USTED TIENE DERECHO A UNA COPIA DE ESTE FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN DESPUÉS DE FIRMARLO.**

**Envíe por fax o por correo el formulario de autorización firmado y completado a:**

**Fax:** (541) 768-9778**Correo:**

SHPO/IHN-CCO

PO Box M

Corvallis, OR 97339

**Visítenos:**

SHPO/IHN-CCO

815 NW Ninth Street, Suite 101

Corvallis, Oregon

Si tiene alguna duda sobre este formulario, llame al Servicio de Atención al Cliente al 541-768-4550 o al 1-800-832-4580, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-735-2900.