

Instrucciones para completar el Formulario de autorización del afiliado



Si tiene alguna pregunta, llámenos al número del Servicio al Afiliado que aparece en su tarjeta de identificación del afiliado. Lea las siguientes indicaciones sobre cómo completar la página uno del Formulario.

Parte A: Información del afiliado

Esta sección corresponde al afiliado que solicita la divulgación de su información a otra persona o compañía.

- 1 Escriba en letra de imprenta su apellido, nombre e inicial del segundo nombre.
- 2 Indique su fecha de nacimiento en el formato mmddaaaa. (Por ejemplo, si nació el 5 de octubre de 1960, debe escribir 10051960).
- 3 Indique su dirección completa, ciudad, estado y código postal.
- 4 Indique su número de teléfono durante el día (incluido el código de área).
- 5 Indique su número de celular/móvil (incluido el código de área).
- 6 Número de identificación
Encontrará este número en la tarjeta de identificación del afiliado.
- 7 Número de grupo
Encontrará este número en la tarjeta de identificación del afiliado. Si su tarjeta de identificación no incluye número de grupo, deje este espacio en blanco.

Parte B: Persona o compañía que recibirá esta información

- 8 Escriba el nombre completo de la persona o compañía a la que quiere que le demos su información. No se aceptan términos generales, como “mi hija” o “mi hijo”. Debe ser específico.
- 9 Elija la relación con usted de la persona que está autorizando en este documento

Parte C: Información que puede divulgarse

En esta sección se indica qué información desea que divulguemos: toda o solo alguna.

- 10 Para “toda su información”, marque la primera casilla.
- 11 Escriba información adicional que usted nos autorice divulgar bajo esta autorización (si aplica)

Formulario de autorización del afiliado				MMM caminamos juntos	
Este formulario debe completarlo un afiliado si hay una solicitud para divulgar la información de salud del afiliado a otra persona o compañía. Incluya la mayor cantidad de información posible.					
Parte A: Información del afiliado					
Apellido 1	Nombre	Inicial	Fecha de Nacimiento (MMDDAAAA) 2		
Dirección postal 3	Ciudad	Estado	Código postal		
Número de teléfono durante el día (con código de área) 4	Número de teléfono celular (con código de área) 5	Número de identificación (consulte la tarjeta de identificación) 6	Número de grupo (consulte la tarjeta de identificación) 7		
Parte B: Persona o compañía que recibirá esta información					
La siguiente persona o compañía tiene derecho a recibir mi información. (Deben tener 18 años o más). Escriba su nombre y apellido. Al escribir el nombre/apellido a continuación, autorizo a esa persona a recibir mi información.					
Nombre y apellido 8					
Relación con el afiliado 9					
☐ Hijo ☐ Esposo/a ☐ Hija ☐ Familiar ☐ Padre ☐ Otro ☐ Madre					
Parte C: Información que puede divulgarse					
Autorizo a MMM Healthcare, LLC. (MMM) a utilizar o divulgar la siguiente información en mi nombre: Marque solo una casilla.					
10 ☐ Toda mi información. Esta información puede incluir información demográfica, información de reclamaciones y pago, data de encuentros, elegibilidad e inscripción, información de beneficios y cubierta, información clínica relacionada a tratamiento, diagnósticos (nombre de enfermedad o condición), procedimientos recibidos, intervenciones, planes de cuidado médico, laboratorios, record médicos, información para identificar proveedores (médicos, hospitales, laboratorios, etc), información sobre determinaciones organizacionales u otro 11					
En relación a información de salud mental, esta autorización expirará en 12 meses.					
1. A menos que especifique lo contrario en este formulario, pretendo que la divulgación se extienda a todos los registros sobre trastorno de abuso de sustancias que MMM tiene sobre mí. Entiendo que mis registros sobre trastorno de abuso de sustancias están protegidos por las leyes y normas federales y estatales sobre confidencialidad y no pueden divulgarse sin mi consentimiento por escrito, a menos que las leyes y normas establezcan lo contrario. También entiendo que puedo revocar (o cancelar) esta aprobación en cualquier momento o según se describe en la Parte E. Entiendo que no puedo cancelar esta aprobación cuando este formulario ya haya sido utilizado para divulgar información.					
2. La salud reproductiva incluye, entre otros, infertilidad masculina y femenina, maternidad, pérdida del embarazo, aborto espontáneo, planificación familiar, control de natalidad, aborto optativo y cualquier otro cuidado o servicios relacionados.					

Lea las siguientes indicaciones sobre cómo completar la página dos del Formulario.

Parte D: Propósito de esta aprobación

En esta sección se indica el motivo por el cual ha solicitado la divulgación de su información.

- 1 Marque la primera casilla para indicarnos que podemos divulgar esta información según se muestra en este formulario.
- 2 Marque la segunda casilla si hay una razón específica. Un ejemplo podría ser para resolver una reclamación del seguro de vida.

Parte E: Fecha en la que expira la aprobación

Tiene dos opciones respecto de cuándo desea que finalice la aprobación.

- 3 Marque la primera casilla para el plazo de duración estándar de 2 años.
- 4 Marque la segunda casilla para una fecha anterior (diferente a 2 años) y escriba la fecha en que desea que finalice esta aprobación.

No se puede otorgar autorización/aprobación para un periodo superior a 2 años.

Parte F: Revisión y aprobación

- 5 Firme con su nombre y fecha el formulario. Su nombre y firma deben coincidir con la información que aparece en la Parte A.
- 6 Si firma este formulario en nombre de otra persona, si tiene un poder legal para cuidado médico o si es un tutor/curador legal, debe hacer lo siguiente:
 - Debe completar la sección de tutor/representante legal designado.
 - También debe suministrarnos una copia del documento legal donde conste su aprobación e incluirla con este formulario.

Ejemplos de documentos legales:

- Poder de representación duradero, general o para cuidado médico. Este documento le otorga poder legal a una persona de su confianza para que actúe en su nombre y tome decisiones de cuidado médico por usted.
- Tutela legal. Esto es cuando el tribunal designa a alguien para que cuide de otra persona.
- Tutela. Cuando un juez designa a una persona responsable para que tome decisiones por otra persona que no puede tomar decisiones responsables por sí misma.
- Ejecutor de la sucesión. Este tipo de documento podría utilizarse cuando la persona que se representa ha fallecido.

Parte D: Propósito de esta aprobación (marque solo una casilla).

1

☐ Para divulgar la información según se muestra en este formulario.

2

☐ Por estas razones:

Parte E: Fecha en la que expira su aprobación (marque solo una casilla).

Si este documento no se revocó anteriormente, esta aprobación finalizará en la más próxima de estas fechas:

3

☐ 2 años desde la fecha de la firma en la Parte F.

4

☐ Antes de cumplirse 2 años y en la fecha, que se describe a continuación: Fecha (MMDDAAAA)

Parte F: Revisión y aprobación

He leído los contenidos de este formulario. Entiendo, acepto y permito que MMM utilice y divulgue mi información según lo indiqué más arriba o según lo requerido por las leyes vigentes. También entiendo que la firma de este formulario es por voluntad propia. Entiendo que MMM no me exige que firme este formulario para poder recibir tratamientos o pagos ni para inscribirme o resultar elegible para beneficios.

Tengo derecho a revocar esta aprobación en cualquier momento mediante notificación escrita de mi revocación a MMM. Entiendo que revocar esta aprobación no afectará ninguna medida que se haya tomado antes de que yo lo hiciera. También entiendo que la información que se divulga puede ser distribuida por la persona o el grupo que la recibe. Si eso sucede, esta podría dejar de estar protegida por la Norma de privacidad de la Ley de Responsabilidad y Transferibilidad de Seguros de Salud (HIPAA). Tengo derecho a obtener una copia de este formulario.

Firma del afiliado o firma del tutor/representante legal designado

Fecha (MMDDAAAA)

X

5

6

Tutor/representante legal designado.
Complete esta sección solo si tiene documentación que respalde la representación legal.

Si una persona que no sea el afiliado o uno de sus progenitores, por ejemplo un representante personal, un representante legal o un tutor, firma este formulario en nombre del afiliado, proporcione lo siguiente:

- Una copia del poder de representación duradero, general o para cuidado médico.
- Una orden judicial u otra documentación que exhiba la custodia u otra documentación legal que demuestre la autoridad del representante legal para actuar en nombre del miembro.

Complete lo siguiente:

Representante legal (escriba el nombre completo en letra de imprenta)		Relación legal con el afiliado	
Dirección del representante legal	Ciudad	Estado	Código postal
Firma	Fecha (MMDDAAAA)		
X			

Envíe el formulario completo a:
MMM Healthcare, LLC.
Enrollment - PHI
PO Box 71114
San Juan, PR 00936-8014

Le recomendamos conservar una copia de este formulario para sus registros.

Solo para uso interno:

Número de seguimiento de la consulta

Formulario de autorización del afiliado



Este formulario debe completarlo un afiliado si hay una solicitud para divulgar la información de salud del afiliado a otra persona o compañía. Incluya la mayor cantidad de información posible.

Parte A: Información del afiliado

Apellido		Nombre		Inicial	Fecha de Nacimiento (MMDDAAAA)
Dirección postal		Ciudad		Estado	Código postal
Número de teléfono durante el día (con código de área)	Número de teléfono celular (con código de área)	Número de identificación (consulte la tarjeta de identificación)		Número de grupo (consulte la tarjeta de identificación)	

Parte B: Persona o compañía que recibirá esta información

La siguiente persona o compañía tiene derecho a recibir mi información. (Deben tener 18 años o más). Escriba su nombre y apellido. Al escribir el nombre/apellido a continuación, autorizo a esa persona a recibir mi información.	
Nombre y apellido	
Relación con el afiliado	
☐ Hijo ☐ Hija ☐ Padre ☐ Madre	☐ Esposo/a ☐ Familiar ☐ Otro

Parte C: Información que puede divulgarse

Autorizo a MMM Healthcare, LLC. (MMM) a utilizar o divulgar la siguiente información en mi nombre: Marque solo una casilla.
☐ Toda mi información. Esta información puede incluir información demográfica, información de reclamaciones y pago, data de encuentros, elegibilidad e inscripción, información de beneficios y cubierta, información clínica relacionada a tratamiento, diagnósticos (nombre de enfermedad o condición), procedimientos recibidos, intervenciones, planes de cuidado médico, laboratorios, récord médicos, información para identificar proveedores (médicos, hospitales, laboratorios, etc), información sobre determinaciones organizacionales u otro _____.
En relación a información de salud mental, esta autorización expirará en 12 meses.
1. A menos que especifique lo contrario en este formulario, pretendo que la divulgación se extienda a todos los registros sobre trastorno de abuso de sustancias que MMM tiene sobre mí. Entiendo que mis registros sobre trastorno de abuso de sustancias están protegidos por las leyes y normas federales y estatales sobre confidencialidad y no pueden divulgarse sin mi consentimiento por escrito, a menos que las leyes y normas establezcan lo contrario. También entiendo que puedo revocar (o cancelar) esta aprobación en cualquier momento o según se describe en la Parte E. Entiendo que no puedo cancelar esta aprobación cuando este formulario ya haya sido utilizado para divulgar información.
2. La salud reproductiva incluye, entre otros, infertilidad masculina y femenina, maternidad, pérdida del embarazo, aborto espontáneo, planificación familiar, control de natalidad, aborto optativo y cualquier otro cuidado o servicios relacionados.

Parte D: Propósito de esta aprobación (marque solo una casilla).

- ☐ Para divulgar la información según se muestra en este formulario.
☒
☐ Por estas razones:

Parte E: Fecha en la que expira su aprobación (marque solo una casilla).

Si este documento no se revocó anteriormente, esta aprobación finalizará en la más próxima de estas fechas:

- ☐ 2 años desde la fecha de la firma en la Parte F.
☒
☐ Antes de cumplirse 2 años y en la fecha, que se describe a continuación: Fecha (MMDDAAAA) | | | | | | | | | |

Parte F: Revisión y aprobación

He leído los contenidos de este formulario. Entiendo, acepto y permito que MMM utilice y divulgue mi información según lo indiqué más arriba o según lo requerido por las leyes vigentes. También entiendo que la firma de este formulario es por voluntad propia. Entiendo que MMM no me exige que firme este formulario para poder recibir tratamientos o pagos ni para inscribirme o resultar elegible para beneficios.

Tengo derecho a revocar esta aprobación en cualquier momento mediante notificación escrita de mi revocación a MMM. Entiendo que revocar esta aprobación no afectará ninguna medida que se haya tomado antes de que yo lo hiciera. También entiendo que la información que se divulga puede ser distribuida por la persona o el grupo que la recibe. Si eso sucede, esta podría dejar de estar protegida por la Norma de privacidad de la Ley de Responsabilidad y Transferibilidad de Seguros de Salud (HIPAA). Tengo derecho a obtener una copia de este formulario.

Firma del afiliado o firma del tutor/representante legal designado

X

Fecha (MMDDAAAA)

Tutor/representante legal designado.

Complete esta sección solo si tiene documentación que respalde la representación legal.

Si una persona que no sea el afiliado o uno de sus progenitores, por ejemplo un representante personal, un representante legal o un tutor, firma este formulario en nombre del afiliado, proporcione lo siguiente:

- Una copia del poder de representación duradero, general o para cuidado médico.
- ☒
 - Una orden judicial u otra documentación que exhiba la custodia u otra documentación legal que demuestre la autoridad del representante legal para actuar en nombre del miembro.

Complete lo siguiente:

Representante legal (escriba el nombre completo en letra de imprenta)

Relación legal con el afiliado

Dirección del representante legal

Ciudad

Estado

Código postal

Firma

X

Fecha (MMDDAAAA)

Envíe el formulario completo a:

MMM Healthcare, LLC.
Enrollment - PHI
PO Box 71114
San Juan, PR 00936-8014

Le recomendamos conservar una copia de este formulario para sus registros.

Solo para uso interno:

Número de seguimiento de la consulta