

Instrucciones para completar el Formulario de Autorización

Si tiene alguna pregunta, no dude en llamarnos al número de servicio al cliente que figura en su tarjeta de identificación de miembro. Lea atentamente las siguientes instrucciones:

Página tres (3)

- **Información del Miembro:** Esta sección aplica al miembro que solicita la divulgación de su información a otra persona o empresa.
 - a. Escriba su nombre completo en formato de impresión.
 - b. Escriba su fecha de nacimiento en este formato: mm/dd/yyyy.
 - c. Escriba su dirección postal completa, incluyendo la calle, ciudad y el código postal.
 - d. Escriba su número de teléfono y número de teléfono celular (incluyendo el código de área)
 - e. Escriba su número de identificación de afiliado. Encontrará ese número en su tarjeta de identificación de afiliado.
- **Persona (s) o empresa que recibirá esta información:** En esta sección, incluirá la información contacto de la persona o empresa que recibirá su información.
 - a. Escriba el nombre completo, la dirección postal (incluyendo la ciudad, el estado y el código postal) de la persona (s) o empresa (s) a la que desea que le demos su información.
 - b. Seleccione la relación de esta persona con usted.
 - c. Escriba el número de identificación personal de la persona que recibirá su información. Este número es el número en la licencia de conducir, pasaporte o la identificación real "Real ID".
 - d. Seleccione la categoría del número de identificación (licencia, pasaporte o identificación real)
 - e. Escriba su dirección de correo electrónico (Opcional)

Página cuatro (4)

- **Propósito de esta autorización:** La declaración número tres (3) nos dice la razón por la que solicitó la divulgación de su información. Por favor, seleccione todas las respuestas que apliquen. Puedes agregar más propósitos en la sección "otros".
- **Fecha de Vencimiento:** Se requiere indicar la fecha de vencimiento de este documento, Si no indica una fecha de vencimiento válida, este documento no tendrá efecto. Tiene dos opciones de cuando desea que finalice esta autorización:
 - a. Seleccione la primera casilla para el año estándar que terminará.
 - b. Seleccione la segunda casilla y proporcione una fecha anterior o posterior (que no sea un año) en la que desea que finalice esta autorización.

- **Revisión y aprobación:** Revise el documento y proceda con la firma de la siguiente manera:
 - a. Escriba su nombre completo en formato impreso, firme y ponga la fecha de la firma. Su nombre y firma **deben** coincidir con la información en la sección de información del miembro.
 - b. Si está firmando este formulario en nombre de otra persona, o si tiene un poder legal/notarial para la atención médica, o tutoría legal, debe hacer lo siguiente:
 - i Escriba su nombre completo en formato impreso, firme y ponga la fecha de la firma en el formulario.
 - ii Debe completar la sección “Solo para Representante Legal / Tutor Designado” en la página cuatro (4).
 - iii También debe proporcionarnos copia del documento legal que demuestre su autoridad legal e incluirlo con este formulario.
 - iv Ejemplo de documentos legales:
 - 1. **Poder Notarial para Atención Médica, General o Duradero:**
Este documento le otorga a alguien en quien usted confía la autoridad legal para actuar en su nombre y tomar decisiones de atención médica por usted.
 - 2. **Tutela Legal:** Esto es cuando el tribunal designa a alguien para que cuide de otra persona y/o tome decisiones por alguien que no puede tomar una decisión responsable por sí mismo.
 - 3. **Nota:** El documento de representación de la Agencia de Seguridad Social o una Declaración Jurada **no** es admisible para los propósitos de este formulario como representante autorizado.

Si el miembro firma con una “X”, se requiere la firma de un testigo y la fecha de la firma.

Por favor, devuelva el formulario completo a:

MMM Healthcare, LLC.

Departamento de Servicios al Afiliado
PO Box 71114
San Juan PR 00936-8014

Asegúrese de guardar una copia de este formulario.

1. Entiendo que la información que estoy autorizando a divulgar, podría ser compartida sin contar con las protecciones de las regulaciones federales de privacidad.
2. La información que autorizo a ser divulgada por MMM comprende cualquiera de las siguientes:
 Información demográfica, reclamaciones y pagos, data de encuentros, elegibilidad e inscripción, beneficios y cubierta, información clínica relacionada a tratamiento, diagnósticos [nombre de enfermedad o condición), procedimientos recibidos, intervenciones, planes de cuidado médico [sin incluir notas de psicoterapia], laboratorios, récords médicos, información para identificar proveedores de salud [médicos, hospitales, laboratorios, etc], información sobre determinaciones organizacionales, MTM [Programa para el Manejo de Terapia de Medicamentos] u Otro: _____
3. Esta información podrá ser utilizada para los siguientes propósitos (marque todas las que aplique):
 - A solicitud del afiliado
 - Procedimiento legal
 - Para realizar cambios de PCP, dirección o teléfono y/o solicitud de un duplicado de la identificación del afiliado.
 - Otro: _____
4. Entiendo que la organización o individuos autorizados para utilizar o divulgar la información no recibirán una compensación por hacerlo.
5. Entiendo que esta autorización es voluntaria y puedo rehusar firmarla. Negarme a firmar no afectará mi elegibilidad para beneficios o afiliación, los pagos o la cubierta de servicios o habilidad de obtener tratamiento.
6. Entiendo que tengo derecho a recibir una copia de este documento.
7. Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento notificándole por escrito a Servicios al Afiliado de MMM a la dirección postal PO BOX 71114, SAN JUAN PR 00936-8014.
8. Entiendo que tengo el derecho de solicitar y recibir la Notificación de las Prácticas de Privacidad de MMM.

***Si este documento aún no se ha retirado, esta autorización vencerá en la primera de las siguientes fechas (seleccione una de las siguientes opciones):**

- Un año desde la fecha de la firma de este documento** **Esta autorización vence el:**

| | | | | | | | | | |
|-----|--|---|-----|--|---|-----|--|--|--|
| | | - | | | - | | | | |
| Mes | | | Día | | | Año | | | |

Nombre del Afiliado y/o Representante Legal: (En letra de molde)

Fecha:

Firma del Afiliado y/o Representante Legal:

Fecha:

Firma del Testigo:

(Se requiere firma de una tercera persona como testigo si el afiliado firma con una X)

Fecha:

Si esta autorización es firmada por el representante legal asignado, favor de proveer documentación del representante como lo es requerido por la Ley Estatal (ej. Poder Notarial, Tutoría Legal).

Sólo para el Representante Legal / Tutor Designado:

Relación Legal con el Miembro / Individuo: _____ La evidencia incluye: _____