

LIBERTY DENTAL PLAN

Formulario de designación de representante/autorización

Este formulario se utilizará para solicitar la divulgación de la información médica de una persona a otra persona o empresa, y para autorizar que un tercero actúe como representante autorizado (consulte la Sección D) en la presentación de una queja formal o apelación. Incluya toda la información posible.

Parte A: Información de	el miembro						
Apellido:		Nombre:				Fecha de nacimiento:	
Dirección:		Ciudad:			Estado:	Código postal:	
Número de teléfono: Número de identificación (ver tarjeta Número de grude identificación):				• .	po (ver tarjeta de		
Parte B: Persona o em	oresa que reci	birá esta	informaciór	1			
La siguiente persona o	empresa tiene	derecho a	a recibir mi in	formación.	Debe se	er mayor de 18	años.
Nombre de la persona (nombre y apell	ido):	Nombre de	la empres	a (si aplic	ca):	
Dirección:	Dirección:		Ciudad:		Estado:	Código post	tal:
Relación con el miembro (p. ej.: cónyuge, pareja doméstica, padre/madre, hijo adulto, corredor, agente, abogado)							
Parte C: Información q							
Autorizo a Liberty Dent una opción):	al Plan que util	ice o divu	lgue la siguie	nte inform	ación en	mi nombre (se	leccione
□ Toda mi informació enfermedad o afecció información financier a continuación), a me	ón), reclamos, r a (como factura	médicos y ación y da	otros provee itos bancario:	edores de s). Esto no	atención incluye	médica, así co	mo
☐ Solo se puede divul	gar informació édico y hospital rtura □ Eleg s □ Certificac	n especí l □ Re ibilidad e	fica (marque egistros médi inscripción	todas las cos □ □ Derivad	casillas o l Tratami ción □	ento □ V Dental □ F	′isión armacia
También autorizo a Lib corresponde):	erty Dental Pla	n divulgar	los siguiente	es tipos de	informa	ción sensible (s	s i
☐ Toda la informació	n sensible.						
☐ Solo información s ☐ Abuso (sexual/físi ☐ Trastorno por con ☐ Pruebas genética ☐ Otro (especifique)	co/mental) sumo de susta s	□ VIH o ncias □ Salud	SIDA [⊒ Enferme ⊒ Salud m a (incluidos	edades d iental	e transmisión s maternidad, et	

Parte D: Persona o empresa que puede actuar como mi representante autorizado

La siguiente persona o empresa tiene derecho a actuar como mi representante autorizado. Un representante autorizado es una persona que usted designa para que lo represente en la presentación de una queja formal o								
apelación, incluido cualquier derecho a revisión externa que pueda estar disponible para usted. Debe ser mayor								
de 18 años. Complete también las Partes B y C anteriores para autorizar la divulgación de su información a su								
representante autorizado.		•	•	J				
Nombre de la persona (nombre y apellido):			Nombre de la empresa (si aplica):					
Dirección:		Ciudad:		Estado:	Código postal:			
Número de teléfono:	lúmero de teléfono: Número de fax:		Correo electrónico:					
Relación con el miembro (p. ej.: cónyuge, pareja doméstica, padre/madre, hijo adulto, corredor, agente, abogado)								
Parte E: Fecha de expiración de su autorización								
Si este documento no ha sido retirado previamente, esta autorización finalizará en la fecha más próxima de las siguientes:								
□ Al concluir el proceso de queja formal o apelación -O- □ Un año después de la fecha de firma en la Parte G								
Parte F: Propósito de esta aprobación								
Seleccione a continuación el propósito de esta autorización:								
 ☐ Autorizar que una persona actúe como mi representante autorizado en la presentación de una queja formal o apelación, incluyendo cualquier derecho de revisión externa que pueda estar disponible para mí. ☐ Divulgar información a solicitud mía. 								
Parte G: Acuse de recibo	y aprobación							
He leído el contenido de este formulario. Entiendo, acepto y autorizo a Liberty Dental Plan a utilizar y divulgar mi								
información según lo indicado anteriormente. También entiendo que firmo este formulario de manera voluntaria.								
Comprendo que Liberty Dental Plan no requiere que firme este formulario para recibir tratamiento o pagos, ni para								
inscribirme o ser elegible para beneficios. Tengo derecho a retirar esta autorización en cualquier momento								
mediante una notificación por escrito dirigida a Liberty Dental Plan. Entiendo que el retiro de esta autorización no								
afectará ninguna acción tomada antes de dicho retiro. También comprendo que la información divulgada puede								
ser compartida por la persona o grupo que la reciba. Si esto ocurre, dicha información ya no estaría protegida bajo la Norma de Privacidad de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos (HIPAA). Tengo								
			responsabilidad de	seguros	iviedicos (HIPAA). Tengo			
derecho a recibir una copia de este formulario. Firma del miembro o representante legal designado/tutor Fecha:								

Complete la sección a continuación únicamente si cuenta con documentación que respalde la representación legal.

Si este formulario es firmado por alguien distinto al miembro o padre/madre, como un representante personal, representante legal o tutor en nombre del miembro, envíe uno de los siguientes documentos:							
Una copia de un poder notarial médico, general o duradero. -O-							
 Una orden judicial u otra documentación que demuestre la custodia u otra prueba legal que acredite la autoridad del representante legal para actuar en nombre del miembro. 							
Complete la siguiente información:							
Representante legal (nombre y apellido):		Relación legal con el miembro:					
			_				
Dirección del representante legal:	Ciudad:		Estado:	Código postal:			
Firma del representante legal:	Fecha:						
X				/ /			

Devuelva este formulario completo a:

Liberty Dental Plan
Quality Management Department
Attn.: Grievances and Appeals
P.O. Box 26110
Santa Ana, CA 92799-6110
Fax: 1-833-250-1814

Guarde una copia de este formulario para sus registros.

Reiniciar el formulario

Guardar el formulario

Imprimir el formulario