

Formulario de solicitud de representante personal

Formulario de solicitud de representante personal.

Este formulario deberá estar completado en su totalidad para ser procesado. Esto incluye adjuntar la documentación legal pertinente (vea la página 2).

Este formulario permite que otra persona tome decisiones de cuidado de la salud por un miembro de First Choice by Select Health of South Carolina. Esta persona debe tener autoridad legal para actuar a nombre suyo. Esto incluye una tutoría legal o un poder notarial para tomar decisiones médicas. Si tiene preguntas, puede llamar a Servicios al Miembro al **1-888-276-2020** o enviar un fax al **1-843-569-4807**.

Información del miembro

Primer nombre:	Inicial de segundo nombre:	Apellido:
Número de identificación del miembro:	Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA): <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	
Dirección, línea 1:		
Dirección, línea 2:		
Ciudad:	Estado: <input type="text"/> <input type="text"/>	Código postal: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Número de teléfono del hogar (incluir código de área): (<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
Número de teléfono móvil (incluir código de área): (<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
Dirección de correo electrónico:		

Información del representante personal

Primer nombre:	Inicial de segundo nombre:	Apellido:
Dirección, línea 1:		
Dirección, línea 2:		
Ciudad:	Estado: <input type="text"/> <input type="text"/>	Código postal: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Número de teléfono del hogar (incluir código de área): (<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
Número de teléfono móvil (incluir código de área): (<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
Dirección de correo electrónico:		
Relación con el miembro:	Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA): <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	

Formulario de solicitud de representante personal

**Se debe adjuntar una copia de la documentación legal pertinente a este formulario.
Si no adjunta la documentación legal, este formulario no podrá ser procesado.**

Tipo de documentación que adjunta:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Poder notarial para tomar decisiones de atención médica | <input type="checkbox"/> Other (please specify): |
| <input type="checkbox"/> Tutela legal | |
| <input type="checkbox"/> Orden de custodia | |
| <input type="checkbox"/> Albacea del caudal hereditario | |

Firma del representante personal legal del miembro y fecha

Nombre (en letra de molde):

Firma del representante personal:

Fecha (MM/DD/AAAA): / /

Sírvase guardar una copia de este formulario para sus registros.

Información importante sobre los representantes personales

La Norma de privacidad federal requiere que Select Health of South Carolina cumpla con ciertos procedimientos antes de brindar acceso a su información médica protegida (PHI) a una persona que no sea usted. La PHI es información sobre usted que se puede usar de forma razonable para identificarlo y que está relacionada con su condición física o salud mental presente, pasada o futura y con los servicios de atención médica que se le han proporcionado o los pagos por esos servicios. Select Health of South Carolina divulgará la PHI a su representante personal tras haber recibido documentación que acredite que esta persona tiene autoridad legal para tomar decisiones médicas en su nombre (por ejemplo, tutoría legal, poder notarial u otro documento legal válidos). Select Health of South Carolina también reconocerá como representante personal a un albacea, administrador o persona que la ley autorice para actuar en nombre de un miembro fallecido o de su patrimonio.

Usted debe saber lo siguiente:

La información sobre su salud es muy personal. Estamos comprometidos a proteger su privacidad. Le pedimos que lea este formulario cuidadosamente. Este formulario deberá estar completado en su totalidad para ser procesado. Esto incluye adjuntar la documentación legal pertinente.

Sin embargo, Select Health of South Carolina no tratará a alguien como su representante personal si creemos razonablemente que: (1) usted es objeto de actos de violencia doméstica, abuso o negligencia por parte del representante personal; (2) tratar a la persona como su representante personal puede ponerlo en peligro; o (3) en el ejercicio del criterio profesional (por ejemplo, según la opinión de un profesional autorizado), Select Health of South Carolina decide que tratar a esa persona como su representante personal no es para el interés superior suyo.

Usted debe saber lo siguiente:

Su bienestar nos interesa. Si consideramos que su representante personal no utilizará su información médica correctamente, no se la entregaremos.

La designación de un representante personal se mantendrá en vigor hasta que sea revocada por el miembro, una orden judicial o una ley vigente.

Usted debe saber lo siguiente:

Si usted autoriza a un representante personal, este documento tendrá vigencia hasta que sea cancelado. Usted puede cancelar esta autorización si lo desea; tan solo tiene que pedírnoslo. Este documento también puede ser cancelado mediante una orden judicial u otras leyes.

A fin de asistir a Select Health of South Carolina para que responda a esta solicitud, sírvase completar este formulario con letra de imprenta o a máquina en los espacios suministrados. Agregue más hojas si fuera necesario para aclarar su solicitud. Adjunte una copia del documento que respalda la autoridad legal de su representante personal para actuar en su nombre.

Usted debe saber lo siguiente:

Este formulario deberá estar completado en su totalidad para ser procesado. Esto incluye adjuntar la documentación legal pertinente. Puede usar más hojas si necesita más espacio para escribir.

Envíe por correo postal el formulario completado y la documentación de respaldo a:

Select Health of South Carolina

Consent Processing Center
P.O. Box 7092
London, KY 40742-7092

¿Tiene preguntas? Llame a Servicios al Miembro al **1-888-276-2020 (fax 1-843-569-4807)**.

Aviso contra la discriminación

First Choice by Select Health of South Carolina cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. First Choice no excluye a las personas ni las trata de modo diferente debido a su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

First Choice proporciona a las personas con discapacidades asistencia y servicios gratuitos, tales como intérpretes calificados del lenguaje de señas e información escrita en otros formatos (letra grande, Braille, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos). Proporciona servicios sin cargo a personas cuyo idioma principal no es el inglés, por ejemplo intérpretes calificados e información escrita en otros idiomas.

Si necesita estos servicios, llame a First Choice al **1-888-276-2020** (TTY **1-888-765-9586**). Estamos disponibles de lunes a viernes (8 a.m. a 9 p.m.) y sábado a domingo (8 a.m. a 6 p.m.).

Si cree que First Choice no ha provisto estos servicios o ha discriminado de otra manera en función de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, usted puede presentar una queja formal dirigida a:

- Grievance Supervisor First Choice Member Services
P.O. Box 40849, Charleston, SC 29423-0849
1-888-276-2020 (TDD/TTY **1-888-765-9586**)
Fax: **1-800-575-0419**
- Puede presentar una queja formal por correo postal, fax o teléfono. Si necesita ayuda para presentar una queja formal, Servicios al Miembro de First Choice está disponible para ayudarle.

También puede presentar una queja relativa a los derechos civiles ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE.UU., Oficina de Derechos Civiles de manera electrónica a través del Portal de Quejas sobre Derechos Civiles, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o por correo postal o teléfono a:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201
1-800-368-1019 (TDD: **1-800-537-7697**)

Los formularios de quejas están disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

FirstChoice
by Select Health of South Carolina
Your Hometown Health Plan

www.selecthealthofsc.com

Healthy Connections 

Servicios de idiomas

English: If your primary language is not English, language assistance services are available to you, free of charge. Call: **1-888-276-2020** (TTY: **1-888-765-9586**).

Spanish: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al **1-888-276-2020** (TTY: **1-888-765-9586**).

Arabic:

إذا كنت تتحدث اللغة العربية، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم **1-888-276-2020** (رقم هاتف الصم والبكم: **1-888-765-9586**).

Portuguese: Se fala português, encontram-se disponíveis serviços linguísticos, grátis. Ligue para **1-888-276-2020** (TTY: **1-888-765-9586**).

Russian: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните **1-888-276-2020** (TTY: **1-888-765-9586**).

Vietnamese: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số **1-888-276-2020** (TTY: **1-888-765-9586**).

Brazilian Portuguese: Se você fala português do Brasil, os serviços de assistência em sua língua estão disponíveis para você de forma gratuita. Chame **1-888-276-2020** (TTY : **1-888-765-9586**).

Chinese: 如果您說中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 **1-888-276-2020** (TTY: **1-888-765-9586**)。

Falam: Falam tawng thiam tu na si le tawng let nak asi mi **1-888-276-2020** (TTY: **1-888-765-9586**) ah tang ka pek tul lo in na ko thei.

Hindi: यदि आप हिंदी बोलते हैं, तो आपके लिए मुफ्त भाषा सहायता सेवाएँ उपलब्ध हैं। काल करें: **1-888-276-2020** (TTY: **1-888-765-9586**)।

Korean: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. **1-888-276-2020** (TTY: **1-888-765-9586**)번으로 전화해 주십시오.

Chin: Hakha holh a hmanngmi na si ahcun man lo in holh leh piaknak lei bawmchanh khawh na si. Auh khawhnak: **1-888-276-2020** (TTY: **1-888-765-9586**).

French: Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le **1-888-276-2020** (ATS : **1-888-765-9586**).

Karen:

နမ့်ကတိ ကညိ ကျိအယိ, နမန့် ကျိအတိမတလါ တလါဘျုးလါဘျုး နီတမံဘျုးသ့န့လိ. ကိ: **1-888-276-2020** (TTY: **1-888-765-9586**).

Amharic: ማስታወሻ: የሚናገሩት ቋንቋ አማርኛ ከሆነ የትርጉም አርዳታ ድርጅቶች በነጻ ሊያግዝዎት ተዘጋጅተዋል። ወደ ሚክተለው ቁጥር ይደውሉ **1-888-276-2020** (መስማት ለተሳናቸው: **1-888-765-9586**)።

Burmese: အကယ်၍ သင်သည်မြန်မာစကား ကို ပြောပါက ဘာသာစကား အကူအညီ၊ အခမဲ့၊ သင့် ငဲ့အတွက် စီစဉ်ဆောင်ရွက်ပေးပါမည်။ ဖုန်းနံပါတ် **1-888-276-2020** (TTY: **1-888-765-9586**) သို့ ခေါ်ဆိုပါ။