

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): / /

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.

Formulario de solicitud de representante personal

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)**.

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

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

FirstChoice
by Select Health of South Carolina
Your Hometown Health Plan

Healthy Connections 

www.selecthealthofsc.com