

Instrucciones para completar el Formulario de autorización del beneficiario



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

Parte A: Información del beneficiario

Esta sección corresponde al beneficiario 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 beneficiario.
- 7 Número de grupo
Encontrará este número en la tarjeta de identificación del beneficiario. 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 Para “información limitada”, marque la segunda casilla y las demás casillas que correspondan.
- 12 Algunos temas pueden ser muy personales o confidenciales. Si desea aprobar la divulgación de este tipo de información, marque las casillas que correspondan.

Formulario de autorización del beneficiario				MMM multihealth	ASES ADMINISTRACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DE PUERTO RICO
Este formulario debe completarlo un beneficiario si hay una solicitud para divulgar la información de salud del beneficiario a otra persona o compañía. Incluya la mayor cantidad de información posible.					
Parte A: Información del beneficiario					
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. AI escribir el nombre/apellido a continuación, autorizo a esa persona a recibir mi información.					
Nombre y apellido					
Relación con el beneficiario					
<input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Esposo/a <input type="checkbox"/> Hija <input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Madre					
Parte C: Información que puede divulgarse					
Autorizo a MMM Multi Health, LLC. (MMM MH) a utilizar o divulgar la siguiente información en mi nombre: Marque solo una casilla.					
10 <input type="checkbox"/> Toda mi información. Esto puede incluir información sobre salud, un diagnóstico (nombre de una enfermedad o condición), reclamaciones, médicos y otros proveedores de cuidado médico e información financiera (como facturación y operaciones bancarias). No incluye información confidencial (consulte la continuación), a menos que se apruebe más abajo.					
o					
11 <input type="checkbox"/> Solo información limitada (marque todas las casillas que correspondan a continuación).					
<input type="checkbox"/> Apelación <input type="checkbox"/> Elegibilidad e inscripción <input type="checkbox"/> Referencia					
<input type="checkbox"/> Beneficios y cobertura <input type="checkbox"/> Información financiera <input type="checkbox"/> Tratamiento					
<input type="checkbox"/> Facturación <input type="checkbox"/> Registros médicos <input type="checkbox"/> Dental					
<input type="checkbox"/> Reclamaciones y pago <input type="checkbox"/> Certificación previa y preautorización <input type="checkbox"/> Visión					
<input type="checkbox"/> Médico y hospital (para la aprobación de tratamientos) <input type="checkbox"/> Farmacia					
<input type="checkbox"/> Diagnóstico (nombre de la enfermedad o condición) y procedimiento (tratamiento):					
Asimismo, autorizo a MMM MH a divulgar los siguientes tipos de información confidencial (marque todas las casillas que correspondan):					
12 <input type="checkbox"/> Toda la información confidencial:					
o					
<input type="checkbox"/> Solo información confidencial sobre los temas marcados a continuación.					
<input type="checkbox"/> Abuso (sexual/físico/psicológico) <input type="checkbox"/> VIH o sida <input type="checkbox"/> Salud reproductiva ³ (incluye aborto, maternidad, etc.)					
<input type="checkbox"/> Trastorno de abuso de sustancias ^{1,2} <input type="checkbox"/> Salud mental					
<input type="checkbox"/> Estudios genéticos <input type="checkbox"/> Enfermedad de transmisión sexual					
1. Especifique el periodo de los registros que se divulgarán: Descripción de los registros que pueden divulgarse: _____					
Si el afiliado autoriza a divulgar información de salud mental, esta autorización expirará en 12 meses.					
2. 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 MH 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.					
3. 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. Si firma este formulario en nombre de otra
- 6 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 <input type="checkbox"/> Para divulgar la información según se muestra en este formulario.			
2 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> Dos años desde la fecha de la firma en la Parte F.			
4 <input type="checkbox"/> Antes de cumplirse dos 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 MH 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 MH 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 MH. 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 beneficiario o firma del tutor/representante legal designado X			Fecha (MMDDAAAA) _____
6 Tutor/representante legal designado. Complete esta sección solo si tiene documentación que respalde la representación legal.			
Si una persona que no sea el beneficiario o uno de sus progenitores, por ejemplo un representante personal, un representante legal o un tutor, firma este formulario en nombre del beneficiario, 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 beneficiario.			
Complete lo siguiente:			
Representante legal (escriba el nombre completo en letra de imprenta)		Relación legal con el beneficiario	
Dirección del representante legal	Ciudad	Estado	Código postal
Firma X	Fecha (MMDDAAAA)		_____
Envíe el formulario completo a: MMM Multi Health, LLC. Departamento Servicios al Beneficiario PO Box 72010 San Juan, PR 00936-7710			
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 beneficiario



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

Parte A: Información del beneficiario

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 beneficiario

<input type="checkbox"/> Hijo	<input type="checkbox"/> Espos/a
<input type="checkbox"/> Hija	<input type="checkbox"/> Familiar
<input type="checkbox"/> Padre	<input type="checkbox"/> Otro
<input type="checkbox"/> Madre	

Parte C: Información que puede divulgarse

Autorizo a MMM Multi Health, LLC. (MMM MH) a utilizar o divulgar la siguiente información en mi nombre:
Marque solo una casilla.

Toda mi información. Esto puede incluir información sobre salud, un diagnóstico (nombre de una enfermedad o condición), reclamaciones, médicos y otros proveedores de cuidado médico e información financiera (como facturación y operaciones bancarias). No incluye información confidencial (consulte a continuación), a menos que se apruebe más abajo.

Solo información limitada (marque todas las casillas que correspondan a continuación).

<input type="checkbox"/> Apelación	<input type="checkbox"/> Elegibilidad e inscripción	<input type="checkbox"/> Referencia
<input type="checkbox"/> Beneficios y cobertura	<input type="checkbox"/> Información financiera	<input type="checkbox"/> Tratamiento
<input type="checkbox"/> Facturación	<input type="checkbox"/> Registros médicos	<input type="checkbox"/> Dental
<input type="checkbox"/> Reclamaciones y pago	<input type="checkbox"/> Certificación previa y preautorización	<input type="checkbox"/> Visión
<input type="checkbox"/> Médico y hospital	(para la aprobación de tratamientos)	<input type="checkbox"/> Farmacia

Diagnóstico (nombre de la enfermedad o condición) y procedimiento (tratamiento): _____

Asimismo, autorizo a MMM MH a divulgar los siguientes tipos de información confidencial (marque todas las casillas que correspondan):

Toda la información confidencial.²

Solo información confidencial sobre los temas marcados a continuación.

<input type="checkbox"/> Abuso (sexual/físico/psicológico)	<input type="checkbox"/> VIH o sida	<input type="checkbox"/> Salud reproductiva ³
<input type="checkbox"/> Trastorno de abuso de sustancias ^{1,2}	<input type="checkbox"/> Salud mental	(incluye aborto, maternidad, etc.)
<input type="checkbox"/> Estudios genéticos	<input type="checkbox"/> Enfermedad de transmisión sexual	

1. Especifique el periodo de los registros que se divulgarán: _____
Descripción de los registros que pueden divulgarse: _____
Si el afiliado autoriza a divulgar información de salud mental, esta autorización expirará en 12 meses.

2. 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 MH 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.

3. 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).

<input type="checkbox"/> Para divulgar la información según se muestra en este formulario. <input type="radio"/> <input type="checkbox"/> 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:	
<input type="checkbox"/> Dos años desde la fecha de la firma en la Parte F. <input type="radio"/>	
<input type="checkbox"/> Antes de cumplirse dos 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 MH utilice y divulgue mi información según lo indique 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 MH 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 MH. 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 beneficiario 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 beneficiario o uno de sus progenitores, por ejemplo un representante personal, un representante legal o un tutor, firma este formulario en nombre del beneficiario, proporcione lo siguiente: <ul style="list-style-type: none">• Una copia del poder de representación duradero, general o para cuidado médico. <input type="radio"/>• 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 beneficiario.			
Complete lo siguiente:			
Representante legal (escriba el nombre completo en letra de imprenta)		Relación legal con el beneficiario	
Dirección del representante legal	Ciudad	Estado	Código postal
Firma X		Fecha (MMDDAAAA)	

Envíe el formulario completo a:
MMM Multi Health, LLC.
Departamento Servicios al Beneficiario
PO Box 72010
San Juan, PR 00936-7710

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

Solo para uso interno:	Número de seguimiento de la consulta
-------------------------------	--------------------------------------