

Instrucciones para completar el Formulario de autorización/designación de representante



Este formulario debe utilizarse para un reclamo o una apelación y para permitir que un tercero actúe como su representante autorizado para llevar a cabo un reclamo o una apelación.

Si tiene alguna pregunta, no dude en llamar al número del Servicio al Cliente que figura en la tarjeta identificación del miembro. Lea las siguientes indicaciones sobre cómo completar la página uno del formulario.

Parte A: Información del miembro

Esta sección debe ser completada por el miembro que solicita divulgar su información a otra persona o compañía, o designar a un representante autorizado. Incluya la mayor cantidad de información posible.

- 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 miembro.
- 7 **Número de grupo**
Encontrará este número en la tarjeta de identificación del miembro. Si su tarjeta de identificación no incluye número de grupo, deje este espacio en blanco.

Parte B: Persona o compañía que puede recibir esta información

- 8 Marque la casilla que corresponda. 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 Si marcó “Otro”, indique el nombre y apellido (si los conoce), el nombre de la compañía (si corresponde) y la relación con usted.

Parte C: Información que puede divulgarse

Esta sección nos dice qué información desea que divulguemos: toda o solo en parte.

- 10 Para “toda su información”, marque la primera casilla (esto no incluye información confidencial).
- 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.

carelon
Rx

Formulario de autorización/designación de representante

Este formulario debe utilizarse para un reclamo o una apelación (consulte la sección D) y para permitir que un tercero actúe como representante autorizado para llevar a cabo un reclamo o una apelación. Este formulario debe completarse si una persona desea solicitar que se divulgue su información de salud a otra persona o compañía. Incluya la mayor cantidad de información posible. (Si desea designar a un representante autorizado por un motivo que no sea un reclamo o una apelación, utilice el Formulario de autorización del miembro).

Parte A: Información del miembro

Apellido del miembro 1	Nombre del miembro	Inicial del 2.º Nombre	Fecha de nacimiento del miembro MMDDAAAA 2
Dirección del miembro 3	Ciudad	Estado	Código postal
Número de teléfono durante el día (con código de área) 4	Número de teléfono celular/móvil (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

Las siguientes personas o compañías tienen derecho a recibir mi información. Deben ser mayores de 18 años. Indique nombre y apellido. Al escribir nombre/apellido a continuación, autorizo a esa persona a recibir mi información.

Mi cónyuge (indique nombre y apellido) 8	Mis padres (si es mayor de 18 años, indique nombre y apellido)
Mi pareja doméstica (indique nombre y apellido)	Mi corredor o agente de seguros (indique el nombre de la compañía y el nombre y apellido si los conoce)
Mis hijos adultos (indique nombres y apellidos)	Otro (indique nombre y apellido [si los conoce], el nombre de la compañía y la relación con usted) 9

Parte C: Información que puede divulgarse

Autorizo a CarelonRx a utilizar o divulgar la siguiente información en mi nombre:

10 **Toda mi información.** Esto puede incluir información sobre mi salud, diagnósticos (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

11 **O BIEN, Solo información limitada** (marque todas las casillas que correspondan a continuación).

<input type="checkbox"/> Apelaciones	<input type="checkbox"/> Elegibilidad e inscripción	<input type="checkbox"/> Referencias
<input type="checkbox"/> Beneficios y cobertura	<input type="checkbox"/> 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 (para la aprobación de tratamientos)	<input type="checkbox"/> Visión
<input type="checkbox"/> Médicos y hospitales	<input type="checkbox"/> Diagnósticos (nombre de una enfermedad o condición) y procedimiento (tratamiento)	<input type="checkbox"/> Farmacia

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

Toda la información confidencial? **O BIEN,**

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"/> Enfermedades de transmisión sexual	

1. Especifique el periodo de los registros que se divulgarán:
Descripción de los registros que pueden divulgarse: _____

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 Anthem tiene sobre mí. Entiendo que mis registros sobre trastornos 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 operativo y cualquier otro cuidado o servicios relacionados.

Servicios provistos por CarelonRx, Inc.
Rev. 09/24



Lea las siguientes indicaciones sobre cómo completar la página dos del formulario.

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

Esta sección nos indica a quién le ha otorgado el derecho de actuar como su representante autorizado para presentar un reclamo o una apelación. Debe completar las Partes B y C para autorizar la divulgación de su información.

- 1 Marque la casilla que corresponda. Escriba el nombre completo de la persona o compañía que desea que actúe como su representante autorizado. No se aceptan términos generales como “mi hija” o “mi hijo.” Debe ser específico.
- 2 Si marcó “Otro”, indique el nombre y apellido (si los conoce), el nombre de la compañía (si corresponde) y la relación con usted.

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 si desea que finalice al concluir el proceso de reclamo o apelación.
- 4 Marque la segunda casilla si desea que finalice en una fecha anterior (brinde detalles).

Parte F: Propósito de esta aprobación

En esta sección se indica el motivo por el cual ha solicitado la divulgación de su información.

- 5 Marque la primera casilla para informarnos a quién podemos brindarle esta información, según se indica en este formulario.
- 6 Marque la segunda casilla para informarnos qué tipo de información desea divulgar (que se indica en la Parte C).

Parte G: Revisión y aprobación

- 7 **Firme con su nombre y feche el formulario.** Su nombre y su firma **deben** coincidir con la información en la Parte A.
- 8 **Si firma este formulario en nombre de otra persona, si tiene un poder legal para cuidado médico o si es un tutor legal o custodio, 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.

Parte D: Persona o compañía que puede actuar como mi representante autorizado
La siguiente persona o compañía tiene derecho a actuar como mi representante autorizado. El representante autorizado es la persona que usted designa para que sea su representante para llevar a cabo un reclamo o una apelación, incluidos los derechos de revisión externa que puedan estar a su disposición. Deben ser mayores de 18 años. También complete las Partes B y C que aparecen más arriba para autorizar la divulgación de su información a su representante autorizado. Marque todas las casillas que correspondan y escriba los nombres completos.

Mi cónyuge (indique nombre y apellido) 1	Mis padres (si es mayor de 18 años, indique nombre y apellido)
Mi pareja doméstica (indique nombre y apellido)	Mi corredor o agente de seguros (indique el nombre de la compañía y el nombre y apellido si los conoce)
Mis hijos adultos (indique nombres y apellidos)	Otro (indique nombre y apellido [si los conoce], el nombre de la compañía y la relación con usted) 2

Parte E: Fecha en la que expira la aprobación
Si este documento no se revocó anteriormente, esta aprobación finalizará en la más próxima de estas fechas:
 Al concluir el proceso de reclamo o apelación. **O BIEN,**
 Un año después de la fecha de firma en la Parte G.

Parte F: Propósito de esta aprobación
 Autorizar a una persona para que actúe como mi representante autorizado para llevar a cabo un reclamo o una apelación, incluidos los derechos de revisión externa que puedan estar a mi disposición.
 Divulgar información ante mi solicitud.

Parte G: Revisión y aprobación
He leído los contenidos de este formulario. Entiendo que Anthem podrá usar y divulgar mi información conforme lo indique previamente, y doy mi permiso para que esto suceda. También entiendo que la firma de este formulario es por voluntad propia. Entiendo que Anthem 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 Anthem. 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 miembro o firma del tutor/representante legal designado 7	Fecha (MMDDAAAA)
X	

Tutor/representante legal designado
Complete esta sección solo si tiene documentación que respalde la representación legal.

Si una persona que no sea el miembro o uno de sus progenitores, por ejemplo un representante personal, un tutor o representante legal, firma este formulario en nombre del miembro, proporcione lo siguiente:

- Una copia del poder legal para cuidado médico o poder de representación duradero o general. **O BIEN,**
- 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 miembro.

Complete lo siguiente:

Representante legal (escriba el nombre completo en letra de imprenta)	Relación legal con el miembro		
Dirección del representante legal	Ciudad	Estado	Código postal
Firma 8	Fecha (MMDDAAAA)		
X			

Envíe el formulario completo a la siguiente dirección:
CarelonRx Pharmacy Inc,
450 Headquarters Plaza, 7th Floor East Tower
Morristown, NJ 07960

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

[Enviar datos](#) [Guardar e imprimir](#)

3 de 7

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.

Formulario de autorización/designación de representante



Este formulario debe utilizarse para un reclamo o una apelación (consulte la sección D) y para permitir que un tercero actúe como representante autorizado para llevar a cabo un reclamo o una apelación. Este formulario debe completarse si una persona desea solicitar que se divulgue su información de salud a otra persona o compañía. Incluya la mayor cantidad de información posible. (Si desea designar a un representante autorizado por un motivo que no sea un reclamo o una apelación, utilice el Formulario de autorización del miembro).

Parte A: Información del miembro

Apellido del miembro		Nombre del miembro		Inicial del 2. Nombre	Fecha de nacimiento del miembro MMDDAAAA)
Dirección del miembro		Ciudad		Estado	Código postal
Número de teléfono durante el día (con código de área)	Número de teléfono celular/móvil (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

Las siguientes personas o compañías tienen derecho a recibir mi información. Deben ser mayores de 18 años. Indique nombre y apellido. Al escribir nombre/apellido a continuación, autorizo a esa persona a recibir mi información.

<input type="checkbox"/> Mi cónyuge (indique nombre y apellido)	<input type="checkbox"/> Mis padres (si es mayor de 18 años, indique nombre y apellido)
<input type="checkbox"/> Mi pareja doméstica (indique nombre y apellido)	<input type="checkbox"/> Mi corredor o agente de seguros (indique el nombre de la compañía y el nombre y apellido si los conoce)
<input type="checkbox"/> Mis hijos adultos (indique nombres y apellidos)	<input type="checkbox"/> Otro (indique nombre y apellido [si los conoce], el nombre de la compañía y la relación con usted)

Parte C: Información que puede divulgarse

Autorizo a CarelonRx a utilizar o divulgar la siguiente información en mi nombre:

Marque solo una casilla.

Toda mi información. Esto puede incluir información sobre mi salud, diagnósticos (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

O BIEN,

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

<input type="checkbox"/> Apelaciones	<input type="checkbox"/> Elegibilidad e inscripción	<input type="checkbox"/> Referencias
<input type="checkbox"/> Beneficios y cobertura	<input type="checkbox"/> 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"/> Médicos y hospitales	(para la aprobación de tratamientos)	<input type="checkbox"/> Farmacia
<input type="checkbox"/> Diagnósticos (nombre de una enfermedad o condición) y procedimiento (tratamiento) _____		

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

Toda la información confidencial ² **O BIEN,**

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"/> Enfermedades de transmisión sexual	

1. Especifique el periodo de los registros que se divulgarán: _____
 Descripción de los registros que pueden divulgarse: _____

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 CarelonRx tiene sobre mí. Entiendo que mis registros sobre trastornos 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: Persona o compañía que puede actuar como mi representante autorizado

La siguiente persona o compañía tiene derecho a actuar como mi representante autorizado. El representante autorizado es la persona que usted designa para que sea su representante para llevar a cabo un reclamo o una apelación, incluidos los derechos de revisión externa que puedan estar a su disposición. Deben ser mayores de 18 años. También complete las Partes B y C que aparecen más arriba para autorizar la divulgación de su información a su representante autorizado.

Marque todas las casillas que correspondan y escriba los nombres completos.

Mi cónyuge (indique nombre y apellido)	Mis padres (si es mayor de 18 años, indique nombre y apellido)
Mi pareja doméstica (indique nombre y apellido)	Mi corredor o agente de seguros (indique el nombre de la compañía y el nombre y apellido si los conoce)
Mis hijos adultos (indique nombres y apellidos)	Otro (indique nombre y apellido [si los conoce], el nombre de la compañía y la relación con usted)

Parte E: Fecha en la que expira la aprobación

Si este documento no se revocó anteriormente, esta aprobación finalizará en la más próxima de estas fechas:

Al concluir el proceso de reclamo o apelación. **O BIEN,**

Un año después de la fecha de firma en la Parte G.

Parte F: Propósito de esta aprobación

Autorizar a una persona para que actúe como mi representante autorizado para llevar a cabo un reclamo o una apelación, incluidos los derechos de revisión externa que puedan estar a mi disposición.

Divulgar información ante mi solicitud.

Parte G: Revisión y aprobación

He leído los contenidos de este formulario. Entiendo que CarelonRx podrá usar y divulgar mi información conforme lo indiqué previamente, y doy mi permiso para que esto suceda. También entiendo que la firma de este formulario es por voluntad propia. Entiendo que CarelonRx 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 Anthem. 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 miembro o firma del tutor/representante legal designado

Fecha (MMDDAAAA)

X

Tutor/representante legal designado

Complete esta sección solo si tiene documentación que respalde la representación legal.

Si una persona que no sea el miembro o uno de sus progenitores, por ejemplo un representante personal, un tutor o representante legal, firma este formulario en nombre del miembro, proporcione lo siguiente:

- Una copia del poder legal para cuidado médico o poder de representación duradero o general. **O BIEN,**
- 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 miembro.

Complete lo siguiente:

Representante legal (escriba el nombre completo en letra de imprenta)		Relación legal con el miembro	
Dirección del representante legal	Ciudad	Estado	Código postal
Firma			Fecha (MMDDAAAA)

X

Envíe el formulario completo a la siguiente dirección:

CarelonRx Pharmacy Inc.
450 Headquarters Plaza, 7th Floor East Tower
Morristown, NJ 07960

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