

# Designación de representante autorizado

Nombre del miembro (en letra de imprenta):		Fecha de nacimiento:
Dirección del miembro:		
Ciudad:	Estado:	Código postal:
Dirección del representante designado:		
Ciudad:	Estado:	Código postal:
Proveedor:		Fecha(s) del servicio o servicio propuesto:

Yo, \_\_\_\_\_, designo a  
Escriba en letra de imprenta el nombre del miembro que recibe el servicio o suministro:

Escriba en letra de imprenta el nombre de la persona/organización que está autorizada para actuar en nombre del miembro:

## Para actuar en mi nombre como mi representante autorizado en (marque todas las opciones que correspondan)

- Un reclamo       Una apelación
- Documentos de UnitedHealthcare relacionados con el servicio o el servicio propuesto mencionado anteriormente

## Entiendo y acepto lo siguiente:

- Esta autorización es voluntaria.
- Mi información de salud podrá ser divulgada a mi representante autorizado y podrá contener información generada por otras personas o entidades, incluidos los proveedores de atención médica; asimismo, podrá incluir información médica, farmacéutica, dental, de visión, de salud mental, de abuso de sustancias, sobre VIH/sida, de psicoterapia, reproductiva, sobre enfermedades transmisibles y relativa a programas de atención médica.
- Si no firmo este formulario, no pueden negarme tratamiento, pago por servicios de atención médica, inscripción o elegibilidad para beneficios de atención médica.
- Mi información de salud puede estar sujeta a una nueva divulgación por parte del destinatario y, si el destinatario no es un plan de salud o un proveedor de atención médica, es posible que la información ya no esté protegida por las reglamentaciones federales de privacidad.
- Esta autorización vencerá en dos (2) años a partir de la fecha de mi firma de esta autorización. Puedo revocar mi autorización en cualquier momento mediante un aviso por escrito a UnitedHealthcare; sin embargo, la revocación no afectará las acciones llevadas a cabo antes de la fecha en que se reciba y procese mi revocación.

Firma del miembro o del tercero aprobado:	Fecha:
---	--------

Si la persona que firma esta autorización no es el miembro, describa la relación con el miembro (p. ej., padre, madre, representante legal):