

Designación de un representante por parte del miembro

Tenga en cuenta: El miembro mencionado a continuación debe firmar esta designación y dar su consentimiento para el uso y divulgación de la información por parte del representante para cuestiones de atención médica.

Nombre del miembro: Fecha de nacimiento: Id. de miembro:

Dirección: N.º de teléfono:

Designo a la siguiente persona(s) para que actúe como mi representante(s):

Nombre: Relación:

Dirección: N.º de teléfono en horario diurno:

Ciudad: Estado: Código postal:

Nombre: Relación:

Dirección: N.º de teléfono en horario diurno:

Ciudad: Estado: Código postal:

Alcance de la designación: La persona designada como mi representante puede actuar en mi nombre con respecto a la atención médica realizada por Blue Cross & Blue Shield of Rhode Island (BCBSRI) y sus subcontratistas y puede realizar las actividades seleccionadas a continuación. Esto se aplica a todos y cada uno de los reclamos, registros médicos e información relacionada conmigo (incluidos, entre otros, registros relacionados con alcoholismo, abuso de sustancias, salud mental, órdenes médicas y estado de VIH o resultados de pruebas).

Esta designación no será efectiva a menos que se marquen una o más de las siguientes casillas.

- ☐ BCBSRI puede responder a las preguntas que haga mi representante sobre mí en la misma medida en que BCBSRI divulgaría esta información.
- ☐ BCBSRI puede realizar cambios según lo solicite mi representante. Estos incluyen, pero sin limitarse a, cambios de dirección, elegir a mi proveedor de atención primaria (PCP) o solicitar una tarjeta de identificación.
- ☐ BCBSRI puede aceptar una queja o apelación de mi representante en mi nombre que involucre todos y cada uno de los reclamos (no se aplica a las apelaciones para miembros de BlueCHiP for Medicare).

Esta Designación tendrá vigencia por el tiempo que se indica a continuación:

☐ Permanece en vigencia hasta que yo la revoque.

☐ Permanece en vigencia por un período de tiempo específico, desde: hasta:



Entiendo que puedo revocar esta designación en cualquier momento notificando por escrito al Departamento de Servicio al Cliente de BCBSRI, ubicado en 500 Exchange Street, Providence, RI 02903-2699, o por correo electrónico a HIPAA_concerns@bcbstri.org. Comprendo que ninguna revocación aplicará a la información que ya se haya comunicado mientras esta designación estuvo en vigencia. Una vez que se haya divulgado la información de acuerdo con estas instrucciones, BCBSRI no podrá limitar el uso o la divulgación de la información por parte del destinatario, y es posible que las leyes de privacidad ya no protejan la información. Acepto que una fotocopia de esta designación es tan válida como el original.

Firma del miembro: Nombre del miembro: Fecha: