

Designação de um Representante pessoal por um membro

Por favor, tenha em atenção que: O membro abaixo mencionado deve assinar esta designação e consentir na utilização e divulgação das suas informações pelo Representante pessoal para questões de operações de saúde.

Nome do membro: DOB: N.º ID membro:

Morada: N.º telefone:

Designo o(s) seguinte indivíduo(s) para atuar como meu(s) Representante(s) pessoal(ais):

Nome: Parentesco:

Morada: N.º telefone diurno:

Ciudad: Estado: O código postal:

Nome: Parentesco:

Morada: N.º telefone diurno:

Ciudad: Estado: O código postal:

Âmbito da designação: O indivíduo nomeado como meu Representante pessoal pode agir em meu nome em relação às operações de saúde conduzidas pela Blue Cross & Blue Shield of Rhode Island e seus subcontratantes (BCBSRI) e pode realizar as atividades selecionadas abaixo. Isto aplica-se a toda e qualquer reclamação, registos médicos, e informação relacionada a mim (incluindo, mas não limitado a, registos relacionados com alcoolismo, abuso de substâncias, saúde mental, prescrições, e estado de VIH ou resultados de testes).

Esta designação não será efetiva a menos que uma ou mais das caixas abaixo sejam verificadas.

- ☐ A BCBSRI pode responder a perguntas do meu Representante pessoal sobre mim na mesma medida em que a BCBSRI me revelaria essa informação.
- ☐ A BCBSRI pode fazer alterações conforme solicitado pelo meu Representante pessoal. Estas incluem, mas não estão limitadas a, mudanças de morada, a eleição do meu prestador de cuidados primários (PCP), ou o pedido de um cartão de identificação.
- ☐ A BCBSRI pode aceitar uma reclamação ou recurso do meu Representante pessoal em meu nome envolvendo toda e qualquer reclamação (não se aplica a recursos para membros da BlueCHIP for Medicare).

Esta designação permanecerá válida durante o período de tempo a seguir verificado:

☐ Permanece em vigor até à sua revogação.

☐ Permanece em vigor durante um período de tempo específico, de: até:



Compreendo que posso revogar esta designação em qualquer altura, notificando por escrito o Departamento de Serviço ao Cliente da BCBSRI, em 500 Exchange Street, Providence, RI 02903-2699, ou enviando um e-mail para HIPAA_concerns@bcbsri.org. Compreendo que uma revogação não se aplicará à informação que já foi divulgada enquanto esta designação esteve em vigor. Uma vez divulgada a informação de acordo com estas instruções, a BCBSRI não poderá limitar a utilização ou divulgação da informação por parte do destinatário, e as leis de privacidade poderão deixar de proteger a informação. Concordo que uma fotocópia desta designação é tão válida como o original.

Assinatura do
membro:

Nome do
membro:

Data: