



Formulario de Representante Autorizado
(Authorized Representative Form)

Sección 1: Nombramiento del representante autorizado
(Section 1: Appointment of Authorized Representative)

Nombro a:
(I appoint)
Nombre:
(Name)
Dirección:
(Address)
Número de teléfono:
(Telephone Number)

como mi representante autorizado a los fines descritos en la Sección 2 y 3 más adelante. Comprendo que este acuerdo es voluntario y que se realiza para confirmar mis instrucciones.
(as my authorized representative for the purposes described in Sections 2 and 3 below. I understand this agreement is voluntary and made to confirm my direction.)

Comprendo que mi representante autorizado puede además divulgar mi información, la que puede no estar protegida por las leyes federales o estatales de privacidad.
(I understand that my authorized representative may further disclose my information, and it may not be protected by federal or state privacy laws.)

Nombre:
(Name)
Dirección:
(Address)
Número de teléfono:
(Telephone Number)
Correo electrónico:
(E-mail)
Número de identificación:
(Identification Number)
Número del grupo:
(Group Number)

Sección 2: Alcance de la autoridad
(Section 2: Scope of authority)

Autorizo la divulgación de mi información médica protegida a mi representante autorizado para los siguientes fines (marque sólo uno):
(I authorize the disclosure of my protected health information to my authorized representative for the following purposes (check only one):)

- Divulgar mi solicitud sólo para la solicitud N°
(Disclose my claim for claim # only)
Divulgar todas las solicitudes relacionadas sólo con mi diagnóstico de
(Disclose all claims related to my diagnosis of only)
Divulgar todas las solicitudes sólo para el proveedor
(escriba nombre del médico u hospital)
(Disclose all claims for provider only) (write name of physician or hospital)

◆Buffets, Inc.◆

____ Divulgar todas las solicitudes para la/a fecha/s de servicio _____ (*escriba fecha específica o período entre fechas*)

(*Disclose all claims for _____ date(s) of service (write specific date or span of dates)*)

____ Divulgar todas mis solicitudes independientemente de las fechas, proveedor o diagnósticos.

(*Disclose all of my claims regardless of dates of service, provider or diagnosis.*)

____ Otro: _____

(*Other:*)

Sección 3: Opciones para la divulgación

(*Section 3: Options for Disclosures*)

Autorizo la divulgación de mi información médica protegida a mi representante autorizado por los siguientes medios (marque sólo una):

(*I authorize the disclosure of my protected health information to my authorized representative by the following means: (check only one):*)

____ Divulgar mi información médica protegida sólo por teléfono.

(*Disclose my protected health information by telephone only.*)

____ Divulgar mi información médica protegida sólo enviando todos los documentos originales por correo estadounidense (*Comprendo que la elección de esta opción significa que todas las divulgaciones en adelante se darán a mi representante autorizado.)

(*Disclose my protected health information by sending all original documents by U.S. mail only (*I understand that choosing this option means that all further disclosures will be given to my authorized representative.)*)

____ Divulgar mi información médica protegida por teléfono y U.S. Mail (*Comprendo que la elección de esta opción significa que todas las divulgaciones en adelante se darán a mi representante autorizado.)

(*Disclose my protected health information by both telephone and U.S. Mail (*I understand that choosing this option means that all further disclosures will be given to my authorized representative.)*)

Sección 4: Conclusión y revocación

(*Section 4: Expiration and Revocation*)

Vencimiento: Este nombramiento de representante autorizado vencerá (marque sólo una):

(*Expiration: This authorized representative appointment will expire (check only one):*)

____ El ____ / ____ / ____

(*On*)

____ En caso de que ocurra el siguiente evento: _____

(*On the occurrence of the following event:*)

Revocación: Comprendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento enviando una notificación por escrito de mi revocación a:

(*Revocation: I understand that I may revoke this authorization at any time by giving written notice of my revocation to:*)

Claims Processing Center

P.O.

Box 6702

Columbia,

SC 29260

Número de teléfono = (800) 768-4375

Comprendo que la revocación de este nombramiento no afectará ninguna acción que ustedes hayan tomado de acuerdo con este nombramiento antes de recibir mi notificación de revocación.

(*I understand that revocation of this appointment will not affect any action you took in reliance on this appointment before you received my notice of revocation.*)

