



Formulario de designación de representante personal

Use este formulario para identificar a una persona que pueda hacer lo siguiente:

- Tomar decisiones sobre su atención de la salud.
- Solicitar y divulgar su Información Médica Protegida (Protected Health Information, PHI).
- Ejercer sus derechos en su nombre.

El miembro o paciente puede designar legalmente a un representante personal para que actúe en su nombre. En el caso de los representantes personales que hayan sido legalmente designados, el representante personal puede completar este formulario y adjuntar documentación legal de respaldo, como un poder notarial que indique la autoridad plena para tomar decisiones sobre atención de la salud, documentación de la tutela, etc.

- Su representante personal podrá indicarnos que divulguemos su Información Médica Protegida a terceros y solicitar sus registros en su nombre. Si usted lo decide, también podrá tomar ciertas decisiones de tratamiento por usted. Si no desea otorgarle esos poderes, en su lugar, complete un formulario de Autorización para usar y divulgar Información Médica Protegida.

Información del miembro o paciente

Nombre	Inicial del segundo nombre	Apellido	
Identificación de miembro o paciente	Fecha de nacimiento	Número de teléfono	
Dirección de correo postal			
Ciudad	Estado	Código postal	

Si la solicitud la realiza el padre, la madre o el tutor de un menor, rellene la siguiente información:

El miembro o paciente es menor y tiene _____ años.

Si realiza esta solicitud en nombre de un menor, es posible que necesitemos información adicional antes de que se procese esta solicitud.

Información del representante personal

Nombre	Inicial del segundo nombre	Apellido	
Dirección de correo postal			
Ciudad	Estado	Código postal	
Relación con el miembro o paciente	Número de teléfono		

Cuando los representantes personales completan la solicitud, deben adjuntar una copia de un poder notarial u otros documentos legales a este formulario antes de que podamos procesar la solicitud. Los formularios enviados sin documentos de respaldo pueden ser rechazados.

Descripción y propósito de la divulgación

Seleccione la compañía a la que se aplica su solicitud*:

- Todas las entidades y filiales de Optum que se indican a continuación
- Farmacia especializada de Optum®
- Farmacia para terapia de infusión de Optum®
- Servicio de entrega a domicilio de Optum®
- Beneficios de farmacia/venta minorista de Optum Rx®

* Si no se realiza una selección, esta autorización se aplicará a todas las empresas de Optum con las que tenga una cuenta.

Los siguientes elementos requieren un consentimiento especial según la ley.

Marque las casillas a continuación para indicar su intención de incluir:

- Abuso de alcohol o sustancias
- Información genética
- VIH/SIDA
- Salud mental o conductual
- Salud reproductiva

Esta designación de representante personal permanecerá en vigor hasta que recibamos una solicitud por escrito de usted para revocar el acceso; o bien, hasta que su representante personal nos notifique que ya no actúa en su nombre.

Al firmar a continuación, comprendo que autorizo el uso y la divulgación de mi Información Médica Protegida y:

1. Comprendo que doy permiso para que se divulgue información por escrito y para que mi representante personal hable en mi nombre.
2. Mi consentimiento por escrito es voluntario. Comprendo que mi decisión de firmar o no este formulario no afectará mi elegibilidad para el tratamiento o pago.
3. Si mi representante personal no está sujeto a las leyes federales o estatales de privacidad de la información de salud, puede seguir divulgando mi información médica y es posible que esta ya no esté protegida por las leyes federales y estatales de privacidad.
4. Puedo revocar o cancelar esta solicitud en cualquier momento enviando una solicitud por escrito a la dirección que aparece en la parte inferior de este formulario. Comprendo que cualquier revocación o cancelación no afectará ninguna acción tomada por Optum antes de recibir la revocación.

Decisiones de tratamiento (opcional)

- El representante personal indicado en el presente formulario tiene mi permiso para tomar decisiones de tratamiento en mi nombre. Estas decisiones incluyen transferir mis recetas, inscribirme en programas de farmacia, proporcionar instrucciones a mis proveedores de atención de la salud, tomar decisiones relacionadas con mi atención de farmacia y servicios relacionados.

Firma

A. Representantes personales designados por el miembro o paciente:

He leído y comprendo la información precedente. Reconozco que, al firmar este formulario, autorizo a Optum y sus filiales a tratar a mi representante personal como si fuera yo.

Firma del miembro o paciente: _____ Fecha: _____

B. Representantes personales designados legalmente:

He leído y comprendo la solicitud y reconozco que, al firmar este formulario, tengo el poder legal para actuar en nombre del miembro o paciente, y adjunto la documentación de respaldo.

Firma del representante personal: _____ Fecha: _____

Envíe el formulario completo por correo a la siguiente dirección:

Optum
6860 West 115th Street
Mail Stop: KS015-1000
Overland Park, KS 66211-2457

O envíe por fax el formulario completo a:

1-866-889-2116

Optum

Todas las marcas comerciales de Optum® son propiedad de Optum, Inc. en los EE. UU. y otras jurisdicciones. Todos los demás nombres de productos o marcas son marcas comerciales o registradas de sus respectivos propietarios.

© 2022 Optum, Inc. Todos los derechos reservados. WF8898432-A 112822