

Escriba en letra imprenta con tinta azul o negra.

Para que este Formulario de Representante Personal pueda procesarse por AmeriHealth Caritas Florida:

- El formulario debe completarse en su totalidad.
- Se debe adjuntar a este formulario una copia del documento legal mencionado en esta página.

El Formulario de Representante Personal indica la persona con la autoridad legal para actuar en su nombre para tomar decisiones de atención médica. Esta información será archivada en AmeriHealth Caritas Florida hasta que usted la revoque o sea revocada por una orden judicial o la ley.

Si tiene preguntas, llame a Servicios al Miembro al **1-855-355-9800 (TTY 1-855-358-5856)**.

Información del miembro		
Nombre:	Inicial de segundo nombre:	
Apellido:	Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA):	
ID de miembro (ver tarjeta de ID):		
Dirección línea 1:		
Dirección línea 2:		
Ciudad:	Estado:	Código postal:
Teléfono del hogar (con código de área):		
Teléfono móvil (con código de área):		
Correo electrónico:		

Información del representante personal		
Nombre:	Inicial de segundo nombre:	
Apellido:		
Dirección línea 1:		
Dirección línea 2:		
Ciudad:	Estado:	Código postal:
Teléfono del hogar (con código de área):		
Teléfono móvil (con código de área):		
Correo electrónico:		
Relación con el miembro:	Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA):	

**Se debe adjuntar una copia de la documentación legal a este formulario.  
Si no adjunta la documentación legal, no se podrá procesar este formulario.**

Tipo de documentación que adjunta:	
<input type="checkbox"/> Poder legal para atención médica <input type="checkbox"/> Orden judicial de custodia (para decisiones de atención médica) <input type="checkbox"/> Orden judicial de custodia <input type="checkbox"/> Albacea testamentario (miembro fallecido)	<input type="checkbox"/> Otro (explique)

Firma y fecha del representante personal legal del miembro	
Nombre (en letra imprenta):	
Firma del representante personal:	Fecha (MM/DD/AAAA):

Conserve una copia de este formulario para sus registros.



## Información importante sobre los representantes personales

La Norma de Privacidad federal requiere que AmeriHealth Caritas Florida cumpla con ciertos procedimientos antes de poder brindar acceso a su información médica protegida (PHI) a una persona que no sea usted. La PHI es información sobre usted que se puede usar de forma razonable para identificarlo(a) y que está relacionada con su condición física o salud mental presente, pasada o futura y con los servicios de atención médica que se le han brindado o los pagos por esa atención. AmeriHealth Caritas Florida compartirá la PHI con su representante personal luego de que hayamos recibido un documento que acredite que esta persona tiene la autoridad legal para tomar decisiones médicas en su nombre (por ejemplo, un poder notarial, una custodia u otro documento legal válido). AmeriHealth Caritas Florida también reconocerá como representante personal a un albacea, a un administrador o a otra persona que la ley autorice para actuar en nombre de un miembro fallecido o de su patrimonio.

### Su privacidad nos importa

La información sobre su salud es muy personal. Nos comprometemos a proteger su privacidad. Lea este formulario atentamente. Este formulario deberá completarse en su totalidad para procesarse. Esto incluye adjuntar documentación legal.

AmeriHealth Caritas Ohio no tratará a alguien como su representante personal si creemos razonablemente lo siguiente: (1) usted es objeto de actos de violencia doméstica, maltrato o negligencia por parte del representante personal; (2) tratar a la persona como su representante personal puede poner a usted en peligro, o (3) en el ejercicio del criterio profesional (por ejemplo, según la opinión de un profesional autorizado), AmeriHealth Caritas Florida decide que tratar a esa persona como su representante personal no es lo mejor para usted.

### Su bienestar nos interesa

Su bienestar nos interesa. Si consideramos que su representante personal no utilizará su información médica correctamente, no se la entregaremos.

La designación de un representante personal se mantendrá vigente hasta que el miembro, una orden judicial o una ley la revoque.

### Cumplimentación del formulario

Si usted designa a un representante personal, este formulario tendrá vigencia hasta que se cancele. Puede cancelar esta autoridad en cualquier momento. Solo tiene que informarnos a través de Servicios al Miembro al **1-855-355-9800**. También se puede cancelar mediante una orden judicial u otras leyes.

Para ayudar a AmeriHealth Caritas Florida a responder a esta solicitud, complete este formulario con letra de imprenta o a máquina en los espacios brindados. Adjunte más páginas si es necesario para hacer clara su solicitud. Adjunte una copia del documento que indica que su representante tiene la autoridad legal para actuar en su nombre.

### Dónde enviar el formulario

Envíe por correo postal el formulario completado **y** la documentación de respaldo a:

AmeriHealth Caritas Florida  
Consent Processing Center  
P.O. Box 7092  
London, KY 40742-7092

¿Alguna pregunta? Llame a Servicios al Miembro al **1-855-355-9800 (TTY 1-855-358-5856)**.



## La discriminación está en contra de la ley

AmeriHealth Caritas Florida cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina ni excluye a las personas o las trata de modo diferentes por motivos de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad, credo, afiliación religiosa, ancestros, sexo, identidad o expresión de género u orientación sexual.

AmeriHealth Caritas Florida:

- Proporciona a las personas con discapacidades, para que puedan comunicarse con nosotros eficazmente, asistencia y servicios gratuitos (sin costo), tales como:
  - Intérpretes calificados del lenguaje de señas.
  - Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos).
- Proporciona servicios sin cargo (sin costo) a personas cuyo idioma principal no es el inglés, por ejemplo:
  - Intérpretes calificados.
  - Información escrita en otros idiomas.

Si necesita estos servicios, llame a AmeriHealth Caritas Florida al **1-855-355-9800 (TTY 1-855-358-5856)**. Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

Si cree que AmeriHealth Caritas Florida no ha provisto estos servicios o lo ha discriminado de alguna otra manera, usted o su representante autorizado (si contamos con su autorización escrita en nuestros archivos) puede presentar una queja formal ante:

- Grievance and Appeals, P.O. Box 7368, London, KY 40742. Teléfono: **1-855-371-8078 (TTY 1-855-371-8079)**. Fax: **1-855-358-5847**.
- Puede presentar una queja formal por correo postal, fax o teléfono. Si necesita ayuda para presentar una queja formal, Servicios al Miembro de AmeriHealth Caritas Florida está disponible para ayudarlo.

También puede presentar una queja relativa a los derechos civiles ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE.UU., Oficina de Derechos Civiles (en inglés, *U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights*) de manera electrónica a través del Portal de Quejas sobre Derechos Civiles, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o por correo postal o teléfono a:

U.S. Department of Health and Human Services  
200 Independence Avenue, SW  
Room 509F, HHH Building  
Washington, D.C. 20201  
**1-800-368-1019 (TTY 1-800-537-7697)**

Los formularios de quejas están disponibles en:  
<http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

English: This information is available for free in other languages. Please contact our customer service number at **1-855-355-9800 (TTY 1-855-358-5856)**, 24 hours a day, seven days a week. If your primary language is not English, or to request auxiliary aids, assistance services are available to you, free of charge.

Spanish: Esta información está disponible en otros idiomas de forma gratuita. Póngase en contacto con nuestro número de servicios al cliente al **1-855-355-9800 (TTY 1-855-358-5856)**, las 24 horas del día, los siete días de la semana. Si su idioma principal no es el inglés, o necesita solicitar ayudas auxiliares, hay servicios de asistencia a su disposición de forma gratuita.

Haitian Creole: Enfòmasyon sa yo disponib gratis nan lòt lang. Tanpri kontakte ekip sèvis kliyan nou an nan **1-855-355-9800 (TTY 1-855-358-5856)**, 24 è sou 24, sèt jou sou sèt. Si anglè pa lang manman w oswa si w ta renmen mande yon èd konplemantè, ou ka resevwa sèvis ki gratis pou ede w.

Vietnamese: Thông tin này có sẵn miễn phí ở các ngôn ngữ khác. Vui lòng liên lạc bộ phận dịch vụ khách hàng của chúng tôi theo số **1-855-355-9800 (TTY 1-855-358-5856)**, 24 giờ một ngày, bảy ngày trong tuần. Nếu ngôn ngữ chính của quý vị không phải là tiếng Anh, hoặc để yêu cầu các thiết bị trợ giúp bổ sung, thì quý vị có thể sử dụng miễn phí các dịch vụ hỗ trợ.

