



AmeriHealth Caritas

New Hampshire

Formulario de solicitud de representante personal

Imprima claramente en tinta azul o negra.

Este formulario deberá estar completado en su totalidad para ser procesado. Esto incluye adjuntar la documentación legal pertinente (vea la página 2).

Este formulario permite que otra persona tome decisiones de atención médica por un miembro de AmeriHealth Caritas New Hampshire. Esta persona debe tener autoridad legal para actuar a nombre suyo. Esto incluye una tutoría legal o un poder notarial para tomar decisiones médicas. Si tiene preguntas, puede llamar a Servicios al Miembro al 1-833-704-1177 (TTY 1-855-534-6730).

Información del miembro		
Nombre:	Inicial del segundo nombre:	Apellido:
Número de identificación de miembro:		Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA): □/□/□
Dirección línea 1:		
Dirección línea 2:		
Ciudad:	Estado: □□	Código postal: □□□□□
Número de teléfono de la casa (incluir código de área): (□□□) □□□ - □□□□□		
Número de teléfono móvil (incluir código de área): (□□□) □□□ - □□□□□		
Dirección de correo electrónico:		

Información del representante del miembro		
Nombre:	Inicial del segundo nombre:	Apellido:
Dirección línea 1:		
Dirección línea 2:		
Ciudad:	Estado: □□	Código postal: □□□□□
Número de teléfono de la casa (incluir código de área): (□□□) □□□ - □□□□□		
Número de teléfono móvil (incluir código de área): (□□□) □□□ - □□□□□		
Dirección de 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, este formulario no podrá ser procesado.**

Tipo de documentación que adjunta:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Poder notarial para tomar decisiones de atención médica | <input type="checkbox"/> Otro (especifique): |
| <input type="checkbox"/> Tutela legal | |
| <input type="checkbox"/> Orden de custodia | |
| <input type="checkbox"/> Albacea del patrimonio | |

Firma del representante personal legal del miembro y fecha

Nombre (en letra de molde):

Firma del representante personal:

Fecha (MM/DD/AAAA): / /



Información importante sobre los representantes personales

La Norma de privacidad federal requiere que AmeriHealth Caritas New Hampshire cumpla con ciertos procedimientos antes de 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 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 proporcionado o los pagos por esos servicios. AmeriHealth Caritas New Hampshire divulgará la PHI a su representante personal tras haber recibido documentación que acredite que esta persona tiene autoridad legal para tomar decisiones médicas en su nombre (por ejemplo, tutoría legal, poder notarial u otro documento legal válidos). AmeriHealth Caritas New Hampshire también reconocerá como representante personal a un albacea, administrador o persona que la ley autorice para actuar en nombre de un miembro fallecido o de su patrimonio.

Usted debe saber lo siguiente:

La información sobre su salud es muy personal. Estamos comprometidos a proteger su privacidad. Lea este formulario atentamente. Este formulario deberá estar completado en su totalidad para ser procesado. Esto incluye adjuntar la documentación legal pertinente.

Sin embargo, AmeriHealth Caritas New Hampshire no tratará a alguien como su representante personal si creemos razonablemente que: (1) usted es objeto de actos de violencia doméstica, abuso o negligencia por parte del representante personal; (2) tratar a la persona como su representante personal puede ponerlo en peligro; o (3) en el ejercicio del criterio profesional (por ejemplo, según la opinión de un profesional autorizado), AmeriHealth Caritas New Hampshire decide que tratar a esa persona como su representante personal no es para el interés superior suyo.

Usted debe saber lo siguiente:

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 en vigor hasta que sea revocada por el miembro, una orden judicial o una ley vigente.

Usted debe saber lo siguiente:

Si usted autoriza a un representante personal, este documento tendrá vigencia hasta que sea cancelado. Usted puede cancelar esta autorización si lo desea. Tan solo tiene que pedirnoslo. Este documento también puede ser cancelado mediante una orden judicial u otras leyes.

A fin de asistir a AmeriHealth Caritas New Hampshire para que responda a esta solicitud, sírvase completar este formulario con letra de imprenta o a máquina en los espacios provistos. Agregue más hojas si fuera necesario para aclarar su solicitud. Adjunte una copia del documento que respalda la autoridad legal de su representante personal para actuar en su nombre.

Usted debe saber lo siguiente:

Este formulario deberá estar completado en su totalidad para ser procesado. Esto incluye adjuntar la documentación legal pertinente. Puede usar más hojas si necesita más espacio para escribir.

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

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

¿Tiene preguntas? Llame a Servicios al Miembro al **1-833-704-1177 (TTY 1-855-534-6730)**.



AmeriHealth Caritas
New Hampshire

La discriminación está en contra de la ley

AmeriHealth Caritas New Hampshire cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina, excluye a las personas ni las trata de manera diferente por motivos de edad, raza, origen étnico, nacionalidad o ascendencia, discapacidad mental o física, orientación o preferencia sexual o afectiva, identidad de género, estado civil, información genética, fuente de pago, sexo, credo, religión, estado o historial de salud o de la salud mental, necesidad de servicios de atención médica, importe a pagar a AmeriHealth Caritas New Hampshire en base de una clase actuarial de una persona o miembro elegible o condiciones médicas/ de salud preexistentes, si el miembro haya ejecutado una última voluntad médica o cualquier otra condición protegida por la ley federal o estatal.

AmeriHealth Caritas New Hampshire ofrece ayuda y servicios gratuitos para personas con discapacidades. Ejemplos de estas ayudas y servicios incluyen intérpretes calificados de lenguaje de señas e información escrita en otros formatos (letra grande, Braille, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos). Brindamos servicios de idiomas gratuitos, tales como intérpretes calificados e información escrita en otros idiomas, a personas con dominio limitado del inglés o cuya lengua materna no es el inglés.

Si necesita estos servicios, comuníquese con AmeriHealth Caritas New Hampshire las 24 horas del día, los siete días a la semana, al **1-833-704-1177 (TTY 1-855-534-6730)**.

Si cree que AmeriHealth Caritas New Hampshire no ha brindado estos servicios o lo ha discriminado de otra manera, usted o su representante autorizado (si tenemos su autorización por escrito en el archivo) pueden presentar una queja formal ante:

- AmeriHealth Caritas New Hampshire Grievances
P.O. Box 7389
London, KY 40742-7389
1-833-704-1177 (TTY 1-855-534-6730)

- También puede presentar una queja formal por teléfono al **1-833-704-1177 (TTY 1-855-534-6730)**. Si necesita ayuda para presentar una queja formal, el equipo de Servicios al Miembro de AmeriHealth Caritas New Hampshire está disponible para ayudarlo. Puede comunicarse con Servicios al Miembro las 24 horas del día, los siete días a la semana, al **1-833-704-1177 (TTY 1-855-534-6730)**.

También puede presentar una queja por discriminación a través de la Oficina del Defensor del Pueblo del Departamento de Salud y Servicios Humanos (DHHS), que ha sido designada para coordinar los esfuerzos de cumplimiento de los derechos civiles de NH DHHS para el Departamento:

State of New Hampshire, Department of Health and Human Services, Office of the Ombudsman
129 Pleasant Street
Concord, NH 03301-3857

1-603-271-6941 o 1-800-852-3345 ext. 6941

Fax: **1-603-271-4632, (TTY 1-800-735-2964)**

Correo electrónico: **ombudsman@dhhs.nh.gov**

Usted también puede presentar una queja de derechos civiles ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU., Oficina de Derechos Civiles, electrónicamente a través del Portal de quejas de la Oficina de 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, DC 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>**.

Attention: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call **1-833-704-1177 (TTY 1-855-534-6730)**.

Atención: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al **1-833-704-1177 (TTY 1-855-534-6730)**.