



NC HEALTH CHOICE

DESIGNACIÓN DE REPRESENTANTE AUTORIZADO

Si el beneficiario de Health Choice es menor de 18 años, llene esta sección:

Yo, _____, actuando en nombre de _____
(Nombre del representante legal del beneficiario) (Nombre del beneficiario de Health Choice)

en calidad de _____
(Autoridad para actuar en nombre del beneficiario, p. ej., padre o madre de un menor de edad, apoderado legal)

por medio de la presente autorizo a _____
(Nombre del Representante Autorizado)

(Dirección y número de teléfono del Representante Autorizado)

a actuar como Representante Autorizado en nombre del beneficiario de Health Choice nombrado anteriormente.

Si el beneficiario de Health Choice tiene 18 años, llene esta sección:

Yo, _____, por medio de la presente autorizo a _____
(Nombre del beneficiario de Health Choice) (Nombre del Representante Autorizado)

(Dirección y número de teléfono del Representante Autorizado)

a actuar como Representante Autorizado en mi nombre.

Entiendo que el Representante Autorizado:

- podrá hablar en nombre del beneficiario acerca de la participación del beneficiario en el programa Health Choice;
- podrá ver y/o hablar sobre cualquier información contenida en el expediente del beneficiario que se relacione con la participación del beneficiario en el programa Health Choice; y
- podrá recibir información de salud protegida según se detalla en la Autorización para Divulgar Información de Salud adjunta.

Entiendo que puedo revocar esta Designación de Representante Autorizado en cualquier momento por medio de una notificación a la División de Asistencia Médica.

Firma: _____ Fecha: _____

SECCIÓN DE REVOCACIÓN

Por medio de la presente solicito que esta autorización para divulgar información de salud de _____
(Nombre del Cliente)
firmada por _____ en _____
(Escriba el Nombre de la Persona que Firmó la Autorización) (Ingrese la Fecha de la Firma)
sea rescindida, a partir de _____. Entiendo que cualquier acción realizada en virtud de esta autorización antes
(Fecha)
de la fecha de rescisión es legal y vinculante.

(Firma del Cliente) (Fecha) (Firma del Testigo) (Fecha)

(Firma del Representante Personal) (Fecha) (Parentesco/Autoridad del Representante Personal)

SECCIÓN DE REVOCACIÓN VERBAL

Por medio de la presente, doy fe de la solicitud verbal de la revocación de esta autorización que hizo

(Nombre del Cliente o Representante Personal)

en _____. El cliente o su representante personal fue informado de que cualquier acción
(Fecha)

realizada en virtud de esta autorización antes de la fecha de rescisión es legal y vinculante.

(Firma del Personal) (Fecha) (Firma del Testigo) (Fecha)