Autorización de representante personal de la División de Finanzas y Administración de Cuidado Médico de Tennessee

Sección 1: Introducción

Usted tiene que llenar este formulario si desea que **OTRA PERSONA** sea su representante y lo represente para solicitar beneficios médicos y/o lo represente recurrentemente con respecto a la cobertura médica recibida de la División de Finanzas y Administración de Cuidado Médico (HCFA) del Estado de Tennessee. Esto incluye programas tales como TennCare Medicaid, CHOICES, CoverKids y servicios médicos de emergencia (EMS, por sus siglas en inglés). Tanto usted como su representante tienen que firmar y fechar este formulario.

Sección 2: Representante

Nombre de la persona:	Número de teléfono:
Dirección particular:	Ciudad, estado y código postal (zip):
Relación con solicitante/beneficiario (p.ej., miembro de la familia, amigo, abogado):	

Sección 3: Función del representante

Entiendo y acepto voluntariamente que mi representante está autorizado a:

- Obtener de HCFA y presentarle a HCFA información sobre mí con respecto a mis circunstancias generales y financieras y condición médica;
- Llenar, firmar y presentar una solicitud y los documentos correspondientes en nombre mío;
- Recibir información sobre la situación de mi solicitud y elegibilidad;
- Recibir todos los avisos u otras comunicaciones sobre mi solicitud, citas, re-determinación o situación de elegibilidad;
- Acompañarme o representarme en toda entrevista, audiencia o apelación que se requiera;
- Continuar el proceso de apelación, hasta llegar a los procedimientos judiciales, en caso que se niegue mi solicitud;
- Representarme en todos los demás asuntos relacionados con la determinación de mi elegibilidad.

Sección 4: Información médica

- Yo autorizo voluntariamente y solicito la revelación por parte de HCFA de toda mi información médica a mi representante con el fin de asistirme con el proceso de determinación de elegibilidad y otras funciones relacionadas arriba descritas.
- Entiendo que esto puede incluir información sobre los medicamentos que yo tome actualmente o haya tomado en el pasado y puede incluir datos sobre mi salud y/o tratamiento actual o pasado contra el alcohol o las drogas. Esto no incluye las notas de psicoterapia que no estén en mi expediente médico.
- Entiendo que mi elegibilidad y capacidad de obtener cuidado y cobertura médica no dependen de que yo conceda esta autorización.
- Entiendo que la información compartida con mi representante puede compartirse con otros. No todo el mundo tiene que observar reglas de privacidad.
- Mi autorización para que HCFA le entregue información médica a mi representante vence cuando se cancele por escrito esta autorización, según se describe en la Sección 5.

Sección 5: Cancelación de la autorización

Usted puede cancelar esta autorización en cualquier momento mediante aviso por escrito entregado a HCFA de que su representante ya no está autorizado a representarlo. Esto no cambia los datos que ya hayamos compartido con su representante, pero no compartiremos ninguna otra información sobre su salud.

Sección 6: Firma del representante

Al acordar ser un representante autorizado, entiendo que se espera que yo esté familiarizado con las circunstancias del solicitante/beneficiario y que esta autorización la puede revocar el solicitante/beneficiario en cualquier momento. También acuerdo mantener la confidencialidad de toda información que se me provea, incluyendo entre otras cosas la información de salud y financiera, de conformidad con todas las reglas y reglamentos estatales y federales vigentes.

Firma del representante:	Fecha:

Sección 7: Firma del solicitante/beneficiario

Autorizo a este representante a que me represente con respecto a la elegibilidad y las funciones correspondientes que se enumeran en la Sección 3. Entiendo que soy responsable de la información que provea toda persona que actúe como mi representante autorizado y que se me puede requerir que ofrezca más cooperación, incluyendo proveer información y documentos. También entiendo que puedo cancelar esta autorización en cualquier momento mediante aviso por escrito a HCFA de que mi representante ya no está autorizado a representarme.

Nombre del solicitante/beneficiario (Apellido, nombre, inicial de segundo nombre):	Número de teléfono:
Número de identificación (número de Seguro Social):	Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA):
Dirección:	Ciudad, estado y código postal (zip):
Firma del solicitante/beneficiario:	Fecha:

Si el solicitante/beneficiario no puede firmar, un representante autorizado puede firmar y proveer documentación legal de su autoridad (p.ej., poder notarial, documentación de custodia).