

Departamento de Medicaid de Ohio  
**Designación de representante autorizado**

**Sección 1** (*Imprimir*)

Nombre del solicitante/beneficiario		N.º de facturación de Medicaid o N.º de Seguro Social		Condado	
Dirección ( <i>incluir n.º de apto.</i> )		Ciudad		Estado	Código postal
<p><b>Por el presente, autorizo a la siguiente persona o entidad a actuar como mi representante.</b></p> <p>La autoridad otorgada tendrá vigencia hasta _____ (<i>especificar una fecha o un evento</i>), o hasta que yo la revoque por escrito.</p>					
Nombre del representante		Cargo		Compañía	
Teléfono particular		Teléfono del trabajo		Dirección de correo electrónico	
Dirección postal		Ciudad		Estado	Código postal
<p><b>Autorizo a mi representante a llevar a cabo las siguientes acciones en mi nombre:</b></p> <p><input type="checkbox"/> Actuar en mi nombre en todos los asuntos vinculados con la agencia [el término “agencia” incluye al Departamento de Trabajo y Servicios Familiares del Condado (CDJFS), el Departamento de Medicaid de Ohio (ODM) y los designados contratados del ODM].</p>					
<p><b><u>Q</u> bien, solo las acciones específicas seleccionadas a continuación:</b></p> <p><input type="checkbox"/> Brindarme asistencia con el proceso de solicitud/renovación de beneficios</p> <p><input type="checkbox"/> Representarme en una audiencia estate</p> <p><input type="checkbox"/> Presentar constancias ante el CDJFS en mi nombre</p> <p><input type="checkbox"/> Recibir y responder las copias de toda correspondencia</p> <p><input type="checkbox"/> Analizar y recibir información relacionada con mi información financiera y médica, incluida la información</p> <p><input type="checkbox"/> Otra (<i>especificar</i>) _____</p>					
<p><b>*NOTA:</b> <i>Debe completar la Sección 2 de este formulario si esta autorización se emite a los efectos de permitir el uso o la divulgación de PHI.</i></p>					
<p><b><i>Mientras esta autorización se encuentre vigente, todas las notificaciones enviadas por el CDJFS o el ODM también se enviarán a su representante autorizado.</i></b></p>					
<p><b>Firmas.</b> El presente formulario no tiene validez a menos que esté firmado por la persona que otorga la autorización y por el representante autorizado. Con la firma al pie, el representante autorizado acepta mantener la confidencialidad de toda información relacionada con el solicitante/beneficiario provista por la agencia. Si el representante autorizado es un proveedor, un miembro del personal o un voluntario de una organización, el representante autorizado también acepta cumplir con las reglamentaciones citadas en el artículo 435.923(e) del título 42 del C.F.R.</p>					
Firma de la persona que otorga la autorización ( <i>solicitante/beneficiario o padre/tutor</i> )				Fecha	
Firma del representante autorizado		Cargo ( <i>si es empleado de una organización</i> )		Fecha	

## Sección 2

### Autorización para el uso y la divulgación de su información de salud protegida

Nombre del solicitante/beneficiario	Número de caso/ID de Medicaid	Fecha de nacimiento	
Dirección	Ciudad	Estado	Código postal

El Departamento de Trabajo y Servicios Familiares (CDJFS) del Condado, el Departamento de Medicaid de Ohio (ODM) y los designados contratados de ODM (*incluidos los planes de atención médica administrada de Medicaid*) están autorizados a divulgar mi información de salud protegida (PHI) a mi representante autorizado, quien fue designado en la Sección 1 del presente formulario.

**Por el presente, autorizo el uso o la divulgación de mi información de salud protegida (PHI) según se describe a continuación.**

Comprendo que mi PHI puede incluir los siguientes tipos de información y autorizo su divulgación: registros médicos; atención por abuso de sustancias; atención de la vista; atención de salud reproductiva; salud mental, enfermedades transmisibles; datos de farmacia; VIH/SIDA; registros odontológicos y atención psiquiátrica.

Se puede divulgar la siguiente información de salud protegida:

Se divulga la información con los siguientes fines:

#### Términos y condiciones

Con mi firma al pie, por el presente, autorizo la divulgación de mi PHI por la agencia. Entiendo que:

- Esta autorización caduca en la siguiente fecha o evento \_\_\_\_\_, o al momento de su revocación efectuada por mí por escrito, lo que ocurra primero.
- Puedo revocar esta autorización en cualquier momento. Si revoco esta autorización, dicha anulación no tendrá validez respecto del uso o la divulgación de mi información que ya ha ocurrido.
- Cualquier información utilizada o divulgada de conformidad con esta autorización podría ser divulgada nuevamente por la persona o entidad que recibió la información, y es probable que ya no siga protegida por las reglamentaciones federales de privacidad.
- La presente autorización es voluntaria y puedo rehusarme a firmarla. La provisión de tratamiento, el pago, la inscripción en un plan de salud o la elegibilidad para beneficios no pueden estar condicionados a la firma de esta autorización, a menos que la autorización sea necesaria para determinar la elegibilidad para el programa o la inscripción en el programa.
- En el caso de que mis registros contengan notas de psicoterapia, se puede requerir una autorización por separado para la divulgación de cualquier nota de psicoterapia.
- Esta autorización permite el uso o la divulgación de información relacionada con las pruebas de VIH o el tratamiento del SIDA o afecciones relacionadas con el SIDA, abuso de drogas o alcohol, afecciones psiquiátricas (excluidas las notas de psicoterapia), a menos que se haya excluido de manera específica anteriormente.

*Con mi firma al pie, doy fe de que he leído y entiendo el contenido de esta autorización, y que el contenido es coherente con mis directivas para la entidad que divulga mi información.*

Firma del solicitante/beneficiario	Fecha
------------------------------------	-------

Si este formulario está firmado por alguien que no es el solicitante/beneficiario, describa la autoridad para actuar en nombre de la persona (*como poder notarial o tutor legal*). Si aún no está registrado en la agencia, proporcione documentación legal que demuestre esta autoridad.