



## Formulario para representante autorizado – HIPAA

Este formulario es para documentar la designación de una o más personas como agentes autorizados para un participante. Este formulario autoriza la divulgación de información médica y/o de COBRA a los representantes mencionados. Esta autorización no les provee a estos agentes autorizados ninguna autoridad, ya sea directa o implícita, sobre cualquier decisión de cuidado directo o manejo de la cuenta, incluyendo información sobre cuentas en Internet. Si Ud. desea establecer un poder notarial, por favor consulte con su abogado. Nosotros no vamos a condicionar pagos por beneficios o la inscripción en o elegibilidad para beneficios.

\*= Campo obligatorio

### Paso 1: Información del participante

\*Nombre del empleador, presente o pasado (no abreviar)

\*Fecha de nacimiento del/de la empleado(a)

\*Nombre del participante (Primero, inicial del segundo nombre, apellido)

\*Número de seguro social

### Paso 2: Información del Representante Autorizado

Por favor, escriba la información solicitada abajo para el/los individuo(s) que Ud. desea añadir o quitar como representante(s) autorizado(s). Favor de también marcarla casilla debajo del nombre de cada persona para añadir o quitar su autorización para ese individuo. Nótese, por favor, que una autorización será añadida para el/los individuo(s) listado(s) abajo si Ud. no marca una opción para añadir o quitar la autorización.

Añadir autorización

Quitar autorización

\*Nombre del Representante autorizado

Añadir autorización

Quitar autorización

Authorized Representative Name

### Step 3: Expiration & Revocation and Authorized Use & Disclosure

Entiendo que debido a las regulaciones de la Ley sobre la transferencia y responsabilidad para el seguro de la salud (HIPAA, por sus siglas en inglés), WEX Health, Inc. no revelará mi información personal de la salud a otras partes sin mi consentimiento por escrito o según sea permitido o requerido por leyes aplicables. Por esta razón, les autorizo a Uds. a revelar y discutir mi información personal de la salud con las persona/s anteriormente mencionadas, con el propósito de asistir con o facilitar la coordinación o pago de mis beneficios de salud. También entiendo que si uno de mis representantes autorizados no es un proveedor de atención médica u otra entidad sujeta a las leyes federales o estatales de privacidad aplicables, puede que mi información personal de la salud ya no esté protegida por estas leyes de privacidad, y mi representante autorizado puede divulgar mi información personal de la salud de nuevo sin mi autorización. Reconozco que mi autorización es voluntaria.

Entiendo que tengo el derecho a cancelar o revocar esta autorización en cualquier momento. Entiendo que si no deseo que la persona mencionada en el paso #2 continúe siendo mi representante autorizado, tengo que revocar esta autorización a través de una petición escrita que informa a WEX Health, Inc. de mi decisión. Entiendo que la revocación de esta autorización no afectará cualquier acción que ustedes hayan tomado o cualquier información que Uds. ya hayan revelado basado en esta autorización antes de realmente recibir mi petición para revocarla.

\*Firma

\*Fecha

\*Identificación de la persona que firmó (favor de seleccionar una opción)

Yo mismo  Padres del menor  Tutor o guardián  Otro representante (por favor, explique):

Nótese: Una prueba de autorización legal puede ser requerida.