



# Authorized Personal Representative Designation Form Formulario de Designación de Representante Personal Autorizado

Mid-America Carpenters Regional Council Health Fund (Fondo)

St. Louis-Kansas City Region

1419 Hampton Avenue, St. Louis, MO 63139      Atención: Privacy Officer

Teléfono: (314) 644-4802, opción 1 | Fax: (314) 678-1110 | Correo electrónico: benefits@laborfunds.org

**Escriba claramente con tinta negra o azul.**

Por favor, lea la Declaración de Política de Reconocimiento (Autorización) de Representante Personal en la página 2 antes de completar este formulario.

No se aceptará un poder notarial general a menos que se refiera específicamente a decisiones relacionadas con la atención médica.

SECCIÓN 1: INFORMACIÓN DEL PARTICIPANTE O DE LA PERSONA CUBIERTA	
Nombre completo del participante/persona cubierta (apellido, segundo, primer nombre)	Identificación del participante (consulte la tarjeta de identificación de BCBSIL) o los últimos 4 SSN
Dirección postal (numeración, calle, ciudad, estado, código postal)	
Número de teléfono celular	Correo electrónico
SECCIÓN 2: DECLARACIÓN DEL PARTICIPANTE O DE LA PERSONA CUBIERTA	
Por la presente, designo al Representante Personal Autorizado (APR*) nombrado a continuación para (marque uno):	
<input type="checkbox"/> Actuar en <u>mi</u> nombre	
<input type="checkbox"/> Actuar en nombre de: _____ Relación con el participante: _____	
Representante Personal Autorizado (APR*) Nombre completo (apellido, segundo, primer nombre)	Relación con el Participante/Persona Cubierta
Dirección postal de APR* (numeración, calle, ciudad, estado, código postal)	Número de teléfono celular del APR*
¿Qué tipos de PHI puede usar y divulgar el Fondo? (marque solo uno)	
El Representante Personal Autorizado (APR*) mencionado anteriormente está autorizado para actuar en mi nombre o en el de mi cónyuge o dependiente cubierto nombrado para recibir (marque solo uno):	
<input type="checkbox"/> Mi completo registro de salud mantenido por la Oficina del Fondo, incluido, y no limitado a, diagnósticos, resultados de pruebas de laboratorio, tratamientos y registros de facturación para todas las condiciones. Esto incluye un permiso específico para divulgar registros relacionados con:	
(a) Condiciones psicológicas, psiquiátricas u otras condiciones de salud mental (excluyendo las "notas de psicoterapia" como se define en 45 CFR § 164.501);	
(b) Uso de drogas, alcoholismo u otros trastornos por uso de sustancias;	
(c) Salud mental y/o conductual;	
(d) Enfermedades transmisibles o no transmisibles, incluidas las pruebas o los registros del VIH/SIDA; y	
(e) Condiciones relacionadas con los genes, incluidos los resultados de las pruebas genéticas; <u>o</u>	
<input type="checkbox"/> Otros* (especifique): _____	
* Los ejemplos pueden incluir registros relacionados con la elegibilidad para beneficios o la falta de pago de beneficios, o reclamos relacionados con una determinada lesión.	

(\*) este símbolo significa por sus siglas en inglés.

Entiendo que: (1) esta designación está sujeta a la aprobación de la Oficina del Fondo; (2) una vez aprobada, esta designación permanecerá en vigor hasta que la revoque; y (3) tengo derecho a revocar esta designación en cualquier momento mediante la presentación de una declaración firmada a tal efecto ante la Oficina del Fondo. Certifico que he leído y entendido la Declaración de Política de Reconocimiento (Autorización) de Representante Personal en la página 2.

X

Firma del Participante o de la Persona Cubierta

Fecha

X

Firma del Representante Personal Autorizado

Fecha

Envíe por correo, fax o correo electrónico este formulario completo a la dirección que aparece en la parte superior de este formulario, a la atención de: HIPAA Privacy Officer.

## Declaración de Póliza de Reconocimiento (Autorización) de Representante Personal

*A partir del 14 de abril de 2003 (\*) por sus siglas en inglés*

Esta política y procedimiento se adopta de conformidad con la Sección 164.502 de las normas de privacidad de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de los Seguros Médicos de 1996 (HIPAA\*), y de conformidad con la sección 2560.503-1 del reglamento de reclamaciones y apelaciones de la Ley de Seguridad de los Ingresos de Jubilación de los Empleados (ERISA\*). Si el Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS\*) cambia las reglas de privacidad, seguiremos las reglas revisadas.

### Reconocimiento (Autorización) de la Póliza de Representante Personal

El Plan tratará a un representante personal como el individuo a los efectos de la implementación de las reglas de privacidad de HIPAA\* y las reglas de procedimiento de reclamos y apelaciones de ERISA\*. El representante personal solo puede tener acceso a la información de salud protegida (PHI\*) que sea coherente y relevante para el alcance de la autoridad establecida en el formulario de representante personal.

El Plan puede optar por no tratar a una persona como el representante personal de una persona si:

- (1) El Administrador del Plan o el Oficial de Privacidad tiene una creencia razonable de que:
  - i. La persona ha sido o puede ser objeto de violencia doméstica, abuso o negligencia por parte de dicha persona; o
  - ii. Tratar a esa persona como el representante personal podría poner en peligro a la persona; y
- (2) El Administrador del Plan o el Oficial de Privacidad, en el ejercicio de su juicio profesional, deciden que no es en el mejor interés de la persona tratarla como su representante personal.

Las siguientes personas se considerarán representantes personales de una persona sin tener que completar un formulario de representante personal, a menos que el Plan acepte una solicitud de una persona para restringir la divulgación de PHI\* al representante personal considerado según la sección 164.522 del Reglamento de Privacidad:

- **Cónyuges:** El Plan considerará al cónyuge de un participante como el representante personal del participante. Además, se considerará que un participante es el representante personal de su cónyuge cuando el cónyuge sea beneficiario del plan. Los participantes y beneficiarios deben consultar el Aviso de Privacidad del Plan para obtener instrucciones sobre el procedimiento del Plan si desean restringir el acceso a PHI\* a su cónyuge.
- **Hijos adultos:** El Plan considerará al padre o tutor, según se define en el Plan, de un hijo adulto (mayor de 18 años) como el representante personal del hijo adulto. Los hijos adultos deben consultar el Aviso de privacidad del Plan si desean restringir el acceso a sus padres.
- **Menores no emancipados:** El Plan considerará a un padre o tutor, según se define en el Plan, como el representante personal de un menor no emancipado (17 años o menos) a menos que la ley aplicable exija lo contrario, o el Plan acepte cumplir con la solicitud de un participante o beneficiario de que el Plan restrinja la divulgación de PHI\* a un padre o tutor.
- **Personas fallecidas:** El Plan reconocerá automáticamente a las siguientes personas como representantes personales de las personas fallecidas o de sus patrimonios: (a) Albaceas; (b) Administradores; (c) Otras personas con autoridad para actuar en nombre de la persona fallecida o de sus sucesiones.
- **Médico tratante con respecto a una reclamación urgente:** En el caso de una "reclamación urgente", un "profesional de la salud" (según se definen estos términos en la regulación de reclamaciones de ERISA\*) con conocimiento de la condición médica de un Participante o beneficiario será reconocido automáticamente por el Plan como representante personal. Se considera que el profesional de la salud es un representante personal solo con respecto a la divulgación de PHI\* directamente relacionada con la reclamación urgente.
- **Poder notarial de atención médica:** El Plan reconocerá automáticamente a cualquier persona que tenga un poder notarial legal de atención médica para una persona como representante personal de esa persona.
- **Otras leyes aplicables:** El Plan reconocerá a cualquier persona que esté autorizada por el estado u otra ley aplicable (por ejemplo, un tutor legal designado por un tribunal) para actuar en nombre de la persona en la toma de decisiones relacionadas con la atención médica como representante personal de esa persona.

El Plan puede divulgar PHI\* a una persona que no sea un representante personal (o que se considere un representante personal) si es un miembro de la familia, otro pariente o amigo personal cercano de la persona, o cualquier otra persona identificada por la persona, y la divulgación es directamente relevante para la participación de dicha persona en la atención de la persona o el pago de la atención de la persona de conformidad con las secciones 164.510(b) del Reglamento de Privacidad de HIPAA\*. Consulte la política y el procedimiento del plan para conocer los usos y divulgaciones para la participación en la atención de una persona y para fines de notificación.

Formulario de representante personal autorizado (REV202508) Apellido del participante: \_\_\_\_ Últimos 4 SSN: \_\_\_\_\_ Página **2 de 2**  
Cuando el formulario de Designación de Representante Personal Autorizado del Fondo haya sido completado y aprobado, el Plan lo reconocerá siempre y cuando la persona que realiza la designación esté cubierta por el Plan. No se aceptarán otros formularios de representante personal. La persona tiene derecho a revocar la designación en cualquier momento mediante la presentación de una declaración firmada a la oficina del Plan revocando la designación. Para designar a otra persona como representante personal, se debe completar un nuevo formulario y ser aprobado por el Plan.

**Trámites de Reconocimiento (Autorización) de Representantes Personales**

Aparte de las personas consideradas como representantes personales en el párrafo 2 de las Políticas relacionadas con el presente, el Fondo solo tratará a una persona como representante personal cuando se haya completado y firmado un formulario de Designación de Representante Personal Autorizado y la oficina del Fondo haya aprobado la designación. Todos los representantes personales estarán sujetos al procedimiento de verificación del Fondo.