

# ¿Quiere que compartamos su información médica con alguien?



## Complete el formulario para nombrar a un delegado autorizado

### ¿Cuál es el propósito de este formulario?

Este formulario le permite a New Directions Behavioral Health compartir información sobre su cuenta de atención médica con otra persona con el fin de coordinar su atención. Por ejemplo, es posible que desee que compartamos su información médica privada con su cónyuge, otro miembro de la familia, el tutor de su hijo, su empleador o uno de sus padres.

Si completa y firma este formulario, compartiremos sus reclamaciones, beneficios e información médica con cualquier persona que usted elija. La persona u organización que elija se convierte en su *delegado autorizado*. Su delegado autorizado solo puede recibir información. No pueden actuar en su nombre ni cambiar nada sobre su póliza de seguro médico o su plan de beneficios.

Si no desea completar este formulario, continuaremos sirviéndole. Sin embargo, no podremos compartir su información. Una vez que recibamos su formulario completo, podemos compartir su información con su delegado autorizado durante un año, a menos que se especifique lo contrario o lo revoque.

Si esta autorización cubre a un niño menor de edad, finalizará al cumplir 18 años.

### ¿Este formulario permite que su delegado autorizado reciba una copia de su registro médico?

No. Para obtener una copia de su registro médico, complete y envíe el formulario de Autorización para divulgar información médica protegida. Lo puede completar [haciendo clic aquí](#) o visitando: <https://www.ndbh.com/Home/HIPAA>

### La aprobación verbal es temporal.

Si nos ha llamado para nombrar a un delegado autorizado y ha recibido nuestra aprobación temporal, debe completar y firmar este formulario para que su delegado autorizado pueda seguir recibiendo información nuestra. Su aprobación verbal solo es válida por **24 horas** después de que hablemos con usted.

### Después de completar este formulario, envíelo a:

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Fax: \_\_\_\_\_

Correo: New Directions Behavioral Health  
PO Box 6729  
Leawood, KS 66206  
Atención: Centro de contacto

### ¿Puedo cambiar mi decisión?

Sí, puede cambiar su decisión sobre compartir su información en cualquier momento. Si decide que ya no desea que compartamos su información con un delegado autorizado, comuníquese con New Directions al número gratuito que aparece en el reverso de la tarjeta de seguro del miembro. Cambiar su decisión no afecta las acciones que tomó New Directions mientras esta autorización era válida.

**Si aún tiene preguntas, llámenos al número gratuito que aparece en el reverso de la tarjeta de seguro del miembro.**

Llámenos. Estamos encantados de ayudarle.

# Nombrar a un delegado autorizado



Este formulario autoriza a New Directions a compartir su información con otra persona con el propósito de coordinar su atención. Si no desea completar este formulario, continuaremos sirviéndole. Sin embargo, no podremos compartir su información con su delegado autorizado.

## PARTE 1: MIEMBRO CUYA INFORMACIÓN ESTARÁ SUJETA A DIVULGACIÓN

Nombre del miembro como se muestra en la tarjeta de identificación

Fecha de nacimiento del miembro

Dirección

Ciudad, estado, código postal

Número de identificación de miembro como se muestra en la tarjeta de identificación

## PARTE 2: DELEGADO AUTORIZADO

Comprendemos que desea nombrar a la(s) siguiente(s) persona(s) u organización como su delegado autorizado. Nota: Si las personas u organizaciones que usted nombra no están obligadas a seguir las leyes federales de privacidad de la información de salud, es posible que compartan su información con otra persona y que las leyes federales de privacidad ya no protejan su información.

<b>Para nombrar a una persona</b>	Si su delegado autorizado es una persona, complete esta sección.
-----------------------------------	--

Nombre de la persona

Dirección

Ciudad, estado, código postal

Fecha de nacimiento (DD / MM / AAAA)

Número de teléfono

<b>Para nombrar a una persona</b>	Si su delegado autorizado es una persona, complete esta sección.
-----------------------------------	--

Nombre de la persona

Dirección

Ciudad, estado, código postal

Fecha de nacimiento (DD / MM / AAAA)

Número de teléfono

<b>Para nombrar a una organización</b>	Si su delegado autorizado es una organización, complete esta sección.
--	---

Nombre de la organización

Dirección

Ciudad, estado, código postal

Número de teléfono

---

**PARTE 3: INFORMACIÓN PARA COMPARTIR (marque solo una casilla)**

---

Toda la información sobre elegibilidad, inscripción, beneficios del plan, reclamaciones, correspondencia hacia o desde New Directions y autorización o determinaciones previas para los servicios prestados por cualquier médico u hospital, INCLUYENDO información sobre el consumo de alcohol y sustancias.

Toda la información sobre elegibilidad, inscripción, beneficios del plan, reclamaciones, correspondencia hacia o desde New Directions y autorización o determinaciones previas para los servicios prestados por cualquier médico u hospital, EXCLUYENDO la información sobre el consumo de alcohol y sustancias.

Solo información específica: \_\_\_\_\_

---

**PARTE 4: FIRME AQUÍ SI ES MIEMBRO**

---

Al firmar aquí, otorga permiso a New Directions para compartir cualquier información personal que esté protegida por la ley federal o estatal con el (los) delegado(s) autorizado(s) nombrado(s) en la Parte 2 de este formulario. Usted comprende que esta información personal puede incluir información médica detallada sobre usted, incluyendo información sobre el abuso de sustancias y las condiciones de salud mental, si lo ha aprobado en la Parte 3 de este formulario. Esa información no incluye notas de psicoterapia, información sobre el VIH o información genética.

Esta autorización es válida por un año, a menos que se especifique lo contrario o lo revoque. Si esta autorización cubre a un niño menor de edad, finalizará cuando ese niño cumpla 18 años. Puede cambiar su decisión sobre compartir su información en cualquier momento. Cambiar su decisión no afecta las acciones que tomó New Directions mientras esta autorización era válida.

\_\_\_\_\_

Firma del miembro

\_\_\_\_\_

Fecha de hoy (DD / MM / AAAA)

---

**PARTE 5: FIRME AQUÍ SI ES EL REPRESENTANTE PERSONAL DEL MIEMBRO**

---

Para demostrar que está designado legalmente como representante del miembro, cuando nos envíe este formulario, también debe enviarnos copias de cualquier documento legal que demuestre que tiene la tutela o un poder notarial.

- Estoy autorizado como representante personal del miembro nombrado en la Parte 1 de este formulario. Estoy designado legalmente como padre, tutor legal o titular de un poder notarial de un menor.
- Comprendo que esta autorización será válida siempre que el seguro médico del miembro con New Directions esté vigente. Si se cancela el seguro, la autorización finalizará.
- Si esta autorización cubre a un niño menor de edad, finalizará al cumplir 18 años.

\_\_\_\_\_

Nombre en letra de molde del representante personal

\_\_\_\_\_

Firma del representante personal

\_\_\_\_\_

Fecha de hoy (DD / MM / AAAA)

\_\_\_\_\_

Relación con el miembro