



Formulario de Representante Designado por el Miembro

ESTE FORMULARIO AUTORIZACIÓN DEBE ESTAR TOTALMENTE COMPLETO PARA SER VÁLIDO.

Complete la siguiente información exactamente como figura en su tarjeta de identificación (ID) de miembro.

CONSERVE UNA COPIA DE ESTE FORMULARIO PARA SUS REGISTROS.

Envíe la autorización firmada a:

Zing Health
225 W Washington St, Suite 450
Chicago, IL. 60606

Si necesita asistencia para completar el formulario, llame al número del Servicio de atención al cliente que se encuentra en su tarjeta de identificación de miembro.

Sección 1. Información del miembro

Apellido del miembro:	Nombre del miembro:	Segundo nombre del miembro:	
Fecha de nacimiento:	N.º de Id. del miembro:		
Domicilio:			
Ciudad:	Estado:	Código postal:	Número de teléfono:

Sección 2. Autorización

Autorizo el uso o la divulgación de la información médica protegida (PHI) que me identifica como individuo, tal como se describe en la Sección 3, a la siguiente persona o entidad. Comprendo que esta autorización es voluntaria y que puedo revocarla en cualquier momento enviando un Formulario de revocación de autorización completo a Zing Health. Si no responde todas las preguntas, esta solicitud podría ser devuelta.		
Persona/Organización:		Relación:
Propósito:		Número de teléfono:
Dirección:		
Ciudad:	Estado:	Código postal:

Sección 3. Descripción de la PHI/SPHI a ser divulgada. Puede seleccionar una o más opciones.

	Fechas de servicios	
	Desde:	Hasta:
☐ Información de beneficios del plan de salud, incluso la información de cobertura	_____	_____
☐ Información sobre reclamaciones, incluso información de diagnóstico, tratamiento y pago	_____	_____
☐ Información de determinación de servicio	_____	_____

☐ Información sobre la prima

☐ Otras

Información médica protegida confidencial (SPHI)

Para la divulgación de cierta información médica protegida confidencial (SPHI), la legislación estatal podría exigir una autorización específica. Si marca "Sí", autoriza a Zing Health a divulgar la SPHI enumerada abajo y, si corresponde a la solicitud de divulgación de datos, se incluirá en la información que seleccionó arriba, en la Sección 3. Si marca "No" o no hace ninguna selección, la SPHI no se divulgará. Esta autorización no puede utilizarse para la divulgación de notas de psicoterapia.

Virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) o síndrome de inmunodeficiencia adquirida por el VIH ☐

Enfermedades de transmisión sexual o "contagiosas" (incluso hepatitis y enfermedades venéreas) ☐

Alcoholismo, drogadicción o consumo abusivo de sustancias ☐

Discapacidades de salud mental o del desarrollo (incluso retraso mental o discapacidades similares; por ejemplo, aquellas atribuibles a la parálisis cerebral, al autismo o a disfunciones neurológicas) ☐

Pruebas genéticas ☐

V. Caducidad y derecho a revocar o finalizar la autorización

Caducidad: Seleccione una fecha o un evento en el cual vencerá la autorización. No es posible procesar la autorización si esta información se deja en blanco.

_____ Un año desde la fecha de firma

_____ Otro (inserte la fecha o el evento): _____

Debe seleccionar una fecha en la que finalizará esta autorización. Todas las autorizaciones válidas deben incluir una fecha o un evento de vencimiento específicos; por ejemplo: "fecha de alta de la hospitalización", "fecha de finalización de la rehabilitación", etc. Además, Zing Health le proporciona información acerca de su derecho de finalizar una autorización en cualquier momento.

Derecho de revocar o finalizar: Usted puede finalizar esta autorización en cualquier momento enviando una notificación por escrito a Zing Health, a la dirección indicada abajo. Sin embargo, Zing Health no será responsable por la PHI o la SPHI divulgadas antes de la finalización de la autorización.

Sección 5. Firma y aceptación de los términos

Comprendo que esta autorización es voluntaria y que Zing Health no puede condicionar mi elegibilidad para los beneficios, tratamiento, inscripción o pago de reclamaciones a la firma de esta autorización.

Firma

Parentesco

Fecha

El documento debe ser firmado por el miembro, uno de los padres de un menor de edad o el representante autorizado del miembro. Si usted firma en tanto padre o madre en nombre de un menor de edad, firme con su nombre, no el del niño. Esta autorización vencerá cuando el menor de edad cumpla los 18 años, a menos que se presente evidencia de tutela legal. Si firma como representante personal, apoderado, tutor legal, albacea o administrador, complete la siguiente información y proporcione copias de los documentos legales correspondientes que respalden su autoridad para ejecutar esta Autorización. Si estos documentos ya han sido presentados y Zing Health los tiene archivados, no es necesario que los vuelva a enviar.

Nombre del representante autorizado:

Parentesco:

Dirección del representante autorizado:

Ciudad:

Estado:

Código postal:

Código de área y número de teléfono del representante autorizado:

