



Estado de Luisiana

Departamento de Salud de Luisiana
Oficina de financiamiento de servicios médicos

CONSENTIMIENTO DEL BENEFICIARIO PARA UN REPRESENTANTE AUTORIZADO

Nombre del beneficiario _____

N.º de SSN _____

N.º de ID _____

Entiendo que toda la información que se recopila, en mi nombre o en el de las personas de quienes soy responsable, es personal y confidencial. Entiendo que la función del representante autorizado es representarme en el proceso del plan de atención integral (CPOC) y firmar los documentos del CPOC en mi nombre. También entiendo que mi representante autorizado tiene el poder de tomar decisiones por mí sobre todos los aspectos de los diversos servicios de Medicaid que administra el Departamento de Salud de Louisiana (Louisiana Department of Health, LDH). Entiendo que esto puede hacer que el Departamento necesite revelar información al representante que se menciona abajo que, de otro modo, podría ser confidencial. Por la presente, renuncio a cualquier derecho que pueda tener para prevenir que el Departamento revele información al representante autorizado que se menciona abajo.

Entiendo que esta autorización se limita solo a la persona que se menciona abajo y es válida hasta que yo la revoque. Además, entiendo que puedo cancelar mi designación de las personas que se nombran abajo como mi representante autorizado en cualquier momento con un aviso por escrito al Departamento.

Entiendo que, mientras parte de la información que se recopila puede no tener impacto en los servicios de Medicaid que recibo, esto puede afectar mi responsabilidad ante un tercero si mi representante autorizado revela esta información a dicho tercero. Por la presente libero de responsabilidad al Departamento de Salud de Luisiana (LDH) por cualquier reclamo que resulte de la revelación de información a un tercero por parte de mi representante autorizado.

Entiendo que, si no se firma esta autorización en presencia del personal de la agencia o un representante del programa, el personal de la agencia puede hacer una confirmación de autenticidad.

NOTA:

Si el participante es un mayor competente y se contacta y da seguimiento con el representante autorizado en lugar del participante, debe haber documentación para respaldar la solicitud del participante de que se contacte al representante autorizado o documentación de la incapacidad del participante para dirigir por sí mismo su atención.

Nombre del representante autorizado: _____
Dirección: _____
Teléfono (casa): _____ (trabajo) _____
Firma del representante autorizado: _____
Fecha: _____

Firma del beneficiario: _____ Fecha: _____

Firma del testigo: _____ Fecha: _____

Firma del coordinador de apoyo: _____ Fecha: _____