

NOMBRAMIENTO DE REPRESENTANTE

Utilice este formulario si desea que Spring Health otorgue acceso a alguien que no sea usted para administrar sus servicios de Spring Health y tener acceso a su información de salud personal (representante externo) de manera continua **O** si usted es un guardián legal o un representante legal designado de un miembro de Spring Health y está autorizado a administrar atención médica del miembro.

1. Nombre del miembro (Primer Nombre, Apellido)

2. Correo electrónico del miembro

3. Fecha de nacimiento del miembro (MM/DD/AAAA)

Sección 1: Tipo de Solicitud

- ☐ **Representante externo** (si es seleccionado, pase a la Sección 2)
☐ **Guardián legal o representante legal** (si es seleccionado, pase a la Sección 3)

Sección 2: Complete esta sección para otorgar acceso a un representante externo (padre, pareja, etc.) para administrar sus servicios de Spring Health.

Yo, _____, nombro a _____, _____ para actuar como mi representante en relación con mis beneficios, reclamos y/o tratamiento de Spring Health. Autorizo a esta persona a realizar cualquier solicitud; presentar o obtener pruebas; presentar y obtener quejas u otra información; y recibir cualquier aviso en relación con mis reclamos, quejas o solicitudes. Entiendo que la información médica personal relacionada con mi atención será divulgada al representante indicado, como si fuera yo.

Firma del miembro

Fecha (MM/DD/AAAA)

Información de contacto del representante externo

Correo electrónico del representante

Número de teléfono del representante

Sección 3: Complete esta sección si usted es guardián legal o representante legal de un miembro de Spring Health y está autorizado a administrar su atención médica.

Yo, _____, soy legalmente autorizado para actuar como **guardián legal o representante legal** de _____ en relación con sus beneficios, reclamos y/o tratamiento de Spring Health. Estoy autorizado a realizar cualquier solicitud; presentar o obtener pruebas; presentar y obtener quejas u otra información; y recibir cualquier aviso en relación con sus reclamos, quejas o solicitudes. Estoy debidamente autorizado para acceder y recibir información médica personal relacionada con su atención como si yo fuera el miembro.

Adjunto la documentación (por ejemplo, orden judicial, poder legal, documentos de tutela, cualquier otra documentación de representación legal) para el procesamiento de esta solicitud.

Firma

Fecha (MM/DD/AAAA)

Número de teléfono

Correo electrónico

Domicilio (número, calle, ciudad, estado, código postal)