

## HIPAA - Designación a un representante



Entiendo que al firmar voluntariamente este formulario, estoy autorizando y otorgando a Elixir Rx Solutions, LLC, que opera bajo el nombre comercial de Elixir, y a cualquiera de sus subsidiarias o afiliadas (por ejemplo, Elixir Pharmacy, Elixir Specialty, etc.), permiso para proporcionar a la persona nombrada a continuación la autoridad para acceder a mi Información Protegida de Salud para ayudar en mi tratamiento y pago de ese tratamiento. Entiendo que la información que autorizo a revelar podría compartirse con otras personas o entidades y ya no estaría protegida por las regulaciones federales de privacidad. Entiendo que mi tratamiento o el pago del tratamiento no puede estar condicionado a si firmo o no este formulario.

**Este formulario está destinado a personas que no son de Medicare.** Si está inscrito en Medicare y desea designar a un representante para que se comunique en su nombre sobre un reclamo, autorización previa, queja, apelación o cualquier otra decisión que afecte su atención o los servicios que recibe, complete el formulario que se encuentra en <https://www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf> y envíelo a Elixir (Attn: Customer Care), 7835 Freedom Avenue NW, North Canton, OH 44720.

### Información del miembro

Nombre del miembro \_\_\_\_\_ Identificación del miembro \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Ciudad, estado zip \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_ Correo electrónico \_\_\_\_\_

### Información del individuo autorizado (La información será revelada a esta persona)

Nombre \_\_\_\_\_ Relación con el miembro \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Ciudad, estado, zip \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_ Correo electrónico \_\_\_\_\_

### Concedo al individuo mencionado arriba acceso a lo siguiente (TIENE QUE MARCAR UN CUADRO)

- A toda mi Información Protegida de Salud – Entiendo que esta información de salud puede incluir información relacionada con el VIH (HIV) e información relacionada con el diagnóstico o tratamiento de discapacidades psiquiátricas y abuso de sustancias.
- Otro: Especifique límites o atención de salud relacionada con un incidente específico \_\_\_\_\_

### Entiendo que esta designación: (TIENE QUE MARCAR UN CUADRO)

- Tendrá efecto por el resto de vida del miembro a menos que sea revocada
- Caducará un (1) año contado a partir de la fecha de ejecución

Entiendo que tengo el derecho de revocar esta autorización, excepto en la medida en que Elixir haya actuado en base a ella, enviando una notificación por escrito a: Elixir Privacy Officer, 7835 Freedom Avenue NW, North Canton, OH 44720.

Firma del miembro \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

### ENVÍE ESTE FORMULARIO DEBIDAMENTE LLENADO A UNA DE LAS SIGUIENTES DIRECCIONES:

**Correo:** Elixir, Attn: Customer Care, 7835 Freedom Avenue NW, North Canton, OH 44720 **Fax:** 866-250-5178  
corp\_web\_all\_form\_hipaa representative form\_23-7495