

## **Consejos para designar a un representante personal**

Puede designar a otra persona para que tome decisiones de atención médica por usted. Para poder nombrar a esta persona como su representante personal, deberá completar el formulario que le enviamos con esta carta. También deberá proporcionar documentación legal que demuestre que la persona a quien designa como su representante personal tiene el derecho legal de actuar en su nombre.

## **Información importante sobre este formulario**

Al completar este formulario, usted permite que la persona a quien nombra en este formulario pueda tomar decisiones de atención médica por usted. También nos permite compartir su información de salud protegida (PHI) con dicha persona según lo permita la ley. Usted debe dar su consentimiento para que su PHI se comparta con cualquier otra persona, a menos que la ley lo permita.

Siga los pasos a continuación para designar a una persona para que tome decisiones de atención médica por usted.

1. Complete el formulario que le enviamos con esta carta. **O** solicite a su representante personal que complete el formulario.
2. Haga que su representante personal firme el formulario.
3. Proporcione documentación legal que demuestre que la persona a quien designa como su representante personal tiene el derecho legal de actuar por usted.
4. Envíenos el formulario completo.

Puede enviarlo por correo postal a:

Keystone First Community Health Choices  
Consent Processing Center  
P.O. Box 7092  
London, KY 40742-7092

Si tiene alguna pregunta sobre esta carta o el formulario que le enviamos, podemos ayudarlo. Simplemente llame a Servicios al participante al **1-855-332-0729 (TTY 1-855-235-4976)**.

# Formulario de Representante Personal



**Keystone First**

**Community HealthChoices**

Escriba en letra de molde con tinta azul o negra.

Para que este Formulario de Representante Personal pueda procesarse por Keystone First Community HealthChoices (CHC):

- El formulario debe completarse en su totalidad.
- Se debe adjuntar a este formulario una copia del documento legal mencionado en esta página.

El Formulario de Representante Personal indica la persona con la autoridad legal para actuar en su nombre para tomar decisiones de atención médica. Esta información será archivada en Keystone First CHC hasta que usted la revoque o sea revocada por una orden judicial o la ley.

Si tiene preguntas, llame a Servicios al Participante al **1-855-332-0729 (TTY 1-855-235-4976)**.

## Información del participante

|  |                                   |                            |
|--|-----------------------------------|----------------------------|
| Nombre:                                  | Apellido:                         | Inicial de segundo nombre: |
| ID del participante (ver tarjeta de ID): | Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA): |                            |
| Dirección línea 1:                       |                                   |                            |
| Dirección línea 2:                       |                                   |                            |
| Ciudad:                                  | Estado:                           | Código postal:             |
| Teléfono del hogar (con código de área): |                                   |                            |
| Teléfono móvil (con código de área):     |                                   |                            |
| Correo electrónico:                      |                                   |                            |

## Información del representante personal

|  |                                   |                |
|--|-----------------------------------|----------------|
| Nombre:                                  | Inicial de segundo nombre:        |                |
| Apellido:                                |                                   |                |
| Dirección línea 1:                       |                                   |                |
| Dirección línea 2:                       |                                   |                |
| Ciudad:                                  | Estado:                           | Código postal: |
| Teléfono del hogar (con código de área): |                                   |                |
| Teléfono móvil (con código de área):     |                                   |                |
| Correo electrónico:                      |                                   |                |
| Relación con el participante:            | Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA): |                |

**Se debe adjuntar una copia de la documentación legal a este formulario.  
Si no adjunta la documentación legal, no se podrá procesar este formulario.**

|  |  |
|--|--|
| Tipo de documentación que adjunta:   |  |
| <input type="checkbox"/> Poder legal para atención médica                                | <input type="checkbox"/> Otro (explique) |
| <input type="checkbox"/> Orden judicial de custodia (para decisiones de atención médica) |  |
| <input type="checkbox"/> Orden judicial de custodia                                      |  |
| <input type="checkbox"/> Albacea testamentario (participante fallecido)                  |  |

## Firma y fecha del representante personal legal del participante

|                                   |                     |
|-----------------------------------|---------------------|
| Nombre (en letra imprenta):       |                     |
| Firma del representante personal: | Fecha (MM/DD/AAAA): |

Conserve una copia de este formulario para sus registros.

[www.keystonefirstchc.com](http://www.keystonefirstchc.com)

## Formulario de Representante Personal

---

### Información importante sobre los representantes personales

La Norma de Privacidad federal requiere que Keystone First Community HealthChoices (CHC) cumpla con ciertos procedimientos antes de poder brindar acceso a su información médica protegida (PHI) a una persona que no sea usted. La PHI es información sobre usted que puede usarse de forma razonable para identificarlo y que está relacionada con su condición física o salud mental presente, pasada o futura y con los servicios de atención médica que se le han proporcionado o los pagos por esos servicios. Keystone First CHC compartirá la PHI con su representante personal luego de que hayamos recibido un documento que acredite que esta persona tiene la autoridad legal para tomar decisiones médicas en su nombre (por ejemplo, un poder notarial, una custodia u otro documento legal válido). Keystone First CHC también reconocerá como representante personal a un albacea, a un administrador o a otra persona que la ley autorice para actuar en nombre de un participante fallecido o de su patrimonio.

### Su privacidad nos importa

La información sobre su salud es muy personal. Nos comprometemos a proteger su privacidad. Lea este formulario atentamente. Este formulario deberá completarse en su totalidad para procesarse. Esto incluye adjuntar documentación legal.

Keystone First CHC no tratará a alguien como su representante personal si creemos razonablemente lo siguiente: (1) usted es objeto de actos de violencia doméstica, maltrato o negligencia por parte del representante personal; (2) tratar a la persona como su representante personal puede ponerle a usted en peligro, o (3) en el ejercicio del criterio profesional (por ejemplo, según la opinión de un profesional autorizado), Keystone First CHC decide que tratar a esa persona como su representante personal no es lo mejor para usted.

### Su bienestar nos interesa

Su bienestar nos interesa. Si consideramos que su representante personal no utilizará su información médica correctamente, no se la entregaremos.

La designación del representante personal seguirá vigente hasta que el participante, una orden judicial o una ley la revoque.

### Cómo completar el formulario

Si usted designa un representante autorizado, este formulario seguirá siendo vigente hasta que se cancele. Puede cancelar esta autorización en cualquier momento. Solo tiene que decírnoslo llamando a Servicios al Participante al **1-855-332-0729 (TTY 1-855-235-4976)**. Una orden judicial u otras leyes también pueden cancelarla.

Para ayudar a Keystone First CHC a responder a esta solicitud, complete este formulario escribiendo en los espacios provistos. Adjunte más páginas si es necesario para que su solicitud sea clara. Adjunte una copia del documento que demuestra que su representante personal tiene la autoridad legal para actuar en su nombre.

### Dónde enviar el formulario

Envíe por correo postal el formulario completado y la documentación de respaldo a:

Keystone First Community HealthChoices  
Consent Processing Center  
P.O. Box 7092  
London, KY 40742-7092

¿Alguna pregunta? Llame a Servicios al Participante al **1-855-332-0729 (TTY 1-855-235-4976)**.





**Keystone First Community HealthChoices** cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad, credo, afiliación religiosa, ascendencia, sexo, identidad o expresión de género ni orientación sexual.

**Keystone First Community HealthChoices** no excluye a las personas ni las trata de modo diferente debido a su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad, credo, afiliación religiosa, ascendencia, sexo, identidad o expresión de género ni orientación sexual.

**Keystone First Community HealthChoices** proporciona a las personas con discapacidades, para que puedan comunicarse con nosotros eficazmente, asistencia y servicios gratuitos, tales como:

- Intérpretes de lenguaje de señas calificados
- Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos)

**Keystone First Community HealthChoices** provee servicios lingüísticos sin costo a personas cuyo idioma principal no es el inglés, como:

- Intérpretes calificados
- Información escrita en otros idiomas

Si necesita estos servicios, comuníquese con **Keystone First Community HealthChoices** al **1-855-332-0729** (TTY **1-855-235-4976**).

Si cree que **Keystone First Community HealthChoices** no le proveyó estos servicios o cometió discriminación de alguna otra forma por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad, credo, afiliación religiosa, ascendencia, sexo, identidad o expresión de género u orientación sexual, puede presentar una queja con:

Keystone First  
Community HealthChoices,  
Participant Complaints Department,  
Attention: Participant Advocate,  
200 Stevens Drive  
Philadelphia, PA 19113-1570  
Teléfono: **1-855-332-0729**, TTY **1-855-235-4976**,  
Fax: **215-937-5367**, o  
Email: PAmemberappeals@amerihealthcaritas.com

The Bureau of Equal Opportunity,  
Room 223, Health and Welfare Building,  
P.O. Box 2675,  
Harrisburg, PA 17105-2675,  
Teléfono: **(717) 787-1127**, TTY/Relé de PA **711**,  
Fax: **(717) 772-4366**, o  
Email: RA-PWBEOAO@pa.gov

Puede presentar una queja en persona o por correo postal, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar una queja, Keystone First Community HealthChoices y la Oficina de Igualdad de Oportunidades están disponibles para ayudarle.

También puede presentar una queja de derechos civiles en la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE.UU., electrónicamente a través del portal para quejas de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o por correo o teléfono:

U.S. Department of Health and Human Services,  
200 Independence Avenue S.W.,  
Room 509F, HHH Building,  
Washington, DC 20201,  
**1-800-368-1019**, **800-537-7697** (TDD).

Los formularios de quejas están disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

## Aviso contra la discriminación

**ATTENTION:** If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you.

**Call: 1-855-332-0729 (TTY 1-855-235-4976).**

**ATENCIÓN:** Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al **1-855-332-0729 (TTY 1-855-235-4976).**

**ВНИМАНИЕ:** Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните **1-855-332-0729(телетайп: 1-855-235-4976).**

**注意：**如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 **1-855-332-0729 (TTY 1-855-235-4976)**。

**CHÚ Ý:** Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số **1-855-332-0729 (TTY 1-855-235-4976).**

ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم **1-855-332-0729 (رقم هاتف الصم والبكم: 1-855-235-4976).**

**ध्यान दिनुहोस्:** तपाईंले नेपाली बोल्नुहुन्छ भने तपाईंको निम्ति भाषा सहायता सेवाहरू निःशुल्क रूपमा उपलब्ध छ । फोन गर्नुहोस् **1-855-332-0729 (टिटावाइ: 1-855-235-4976)** ।

**주의:** 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. **1-855-332-0729 (TTY 1-855-235-4976)** 번으로 전화해 주십시오.

**ប្រយ័ត្ន:** បើសិនជាអ្នកនិយាយ ភាសាខ្មែរ, សេវាជំនួយផ្នែកភាសា ដោយមិនគិតថ្លៃ គឺអាចមានសំរាប់អ្នក។ ចូរ ទូរស័ព្ទ **1-855-332-0729 (TTY 1-855-235-4976)** ។

**ATTENTION :** Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le **1-855-332-0729 (ATS 1-855-235-4976).**

**သတိပြုရန် -** အကယ်၍ သင်သည် မြန်မာစကား ကို ပြောပါက၊ ဘာသာစကား အကူအညီ၊ အခမဲ့၊ သင့်အတွက် စီစဉ်ဆောင်ရွက်ပေးပါမည်။ ဖုန်းနံပါတ် **1-855-332-0729 (TTY 1-855-235-4976)** သို့ ခေါ်ဆိုပါ။

**ATANSYON:** Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd pou lang ki disponib gratis pou ou. Rele **1-855-332-0729 (TTY 1-855-235-4976).**

**ATENÇÃO:** Se fala português, encontram-se disponíveis serviços linguísticos, grátis. Ligue para **1-855-332-0729 (TTY 1-855-235-4976).**

**লক্ষ্য করুন:** যদি আপনি বাংলা, কথা বলতে পারেন, তাহলে নি:খরচায় ভাষা সহায়তা পরিষেবা উপলব্ধ আছে। ফোন করুন **1-855-332-0729 (TTY 1-855-235-4976).**

**KUJDES:** Nëse flitni shqip, për ju ka në dispozicion shërbime të asistencës gjuhësore, pa pagesë. Telefononi në **1-855-332-0729 (TTY 1-855-235-4976).**

**सुचना:** જો તમે ગુજરાતી બોલતા હો, તો નિ:શુલ્ક ભાષા સહાય સેવાઓ તમારા માટે ઉપલબ્ધ છે. ફોન કરો **1-855-332-0729 (TTY 1-855-235-4976).**