

**Forma De Designación De Representante Autorizado**

**Autorización**

Yo, \_\_\_\_\_, designó por este medio a todos los empleados de Orthopaedic Associates of Riverside and Orthopaedic Associates of Riverside Physical and Occupational Therapy, en la medida permitida bajo la seguridad del Acto de Ingresos de Jubilación de Empleado de 1974 (ERISA) y lo dispuesto en el 29 CFR 2560-503-1(b)4, de lo contrario actuar en mi nombre a valer y ejercer todos los derechos relacionados con mi plan de beneficios de salud de empleado, con respecto a cualquier gasto(s) médicos incurridos como resultado de los servicios recibidos de los anterior nombrado. Estos derechos incluyen:

1. El derecho a actuar en mi nombre con respecto a las determinaciones iniciales de reclamaciones
2. Derecho a perseguir las apelaciones de las determinaciones de beneficio bajo mi plan
3. El derecho a obtener cualquier registro relacionado con mi Información De Salud Protegida, incluyendo el plan de salud, información de beneficios, reclamos, servicio de determinación y descripción resumida del plan
4. El derecho a reclamar en mi nombre tales prestaciones medicas o otro servicio de asistencia medica, reembolso del plan de beneficios de salud o seguros y cualquier otro recurso aplicado

Entiendo que como resultado de esta autorización, \_\_\_\_\_ puede divulgar y revelar información sobre beneficios de elegibilidad, estatus de reclamo, razón de aprobación o negación de reclamos en relación con lo referido al estatus de salud en conexión a lo nombrado anterior

**Vencimiento:** Esta autorización caducara al ano de la fecha de su firma.

**Derecho a revocar:** Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento dando aviso por escrito a mi compañía de seguro y a lo anterior nombrado. Entiendo que la revocación de esta autorización no afectara a ninguna acción que a entidad mencionada anteriormente tomo en función de esta autorización antes de que la entidad mencionada anteriormente recibiera mi notificación por escrito de revocación.

**Firma**

Entiendo que esta autorización es voluntaria y que el plan de salud no puede condicionar mi elegibilidad para beneficios, tratamiento, inscripción o pago de reclamos en la firma de esta autorización. Entiendo que si firmo en nombre de un niño menor de edad, esta autorización expirará cuando el niño alcance la edad de 18 años, a menos que haya pruebas de tutela legal.

\_\_\_\_\_  
(Patient/Guardian's Signature/Firma)

\_\_\_\_\_  
(Date/Fecha)

\_\_\_\_\_  
(Patient/Guardian's Printed Name/Impresion)

Staff Initials\_\_\_\_\_