



Formulario de Representante de HIPAA

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

Este formulario está destinado a los miembros que no pertenecen a Medicare. Si usted está inscrito en Medicare y desea designar a un representante para que se comuniquen 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 de nombramiento de representante que se encuentra en: <https://www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf> y por correo en Elixir, 7835 Freedom Avenue NW, North Canton, OH 44720 (Attn: Customer Care).

Información del miembro:

Nombre del miembro: _____	Identificación del miembro: _____	Fecha: _____
Dirección: _____	Ciudad, estado, zip: _____	Teléfono: _____

Persona autorizada (*Información será revelada a esta persona*):

Nombre: _____	Fecha: _____	Relación con el miembro: _____
Dirección: _____	Ciudad, estado, zip: _____	Teléfono: _____

Le concedo a la persona nombrada arriba acceso a (DEBE MARCAR UNO):

<input type="checkbox"/> A toda mi información protegida (PHI) – Entiendo que esta información de salud puede incluir datos relacionados con VIH o información relacionada con el diagnóstico o tratamiento de discapacidades psiquiátricas o abuso de sustancias
<input type="checkbox"/> Otro: por favor especifique límites o incidente específico de atención de salud: _____

Entiendo que esta designación (DEBE MARCAR UNO):

<input type="checkbox"/> Será efectiva por toda la vida del miembro, a menos que sea revocada	
<input type="checkbox"/> Expirará un (1) año a partir de la fecha de ejecución de este documento	
Entiendo que tengo derecho a revocar esta autorización, excepto en la medida en que Elixir haya actuado en función de ella, enviando una <u>notificación por escrito</u> a Elixir Privacy Officer, 7835 Freedom Avenue NW, North Canton, OH 44720.	
Firma del miembro: _____	Fecha: _____

POR FAVOR ENVÍE ESTE FORMULARIO DEBIDAMENTE DILIGENCIADO A LA SIGUIENTE DIRECCIÓN:

CORREO: Elixir, 7835 Freedom Avenue NW, North Canton, OH 44720 (Attn: Customer Care), o por

FAX: 866-250-5178