



P.O. Box 3599
 Topeka, KS 66601-9738
 Teléfono: 1-800-792-4884

Formulario de Autorización del Representante Médico

Nombre del consumidor: _____

Identificación del consumidor o Número de Seguro Social: _____

Usted puede nombrar a una persona para que le ayude con su caso de asistencia médica. Este formulario se utiliza para designar a un Representante Médico.

Un **Representante Médico** es una persona que puede solicitar en su nombre y hablar sobre su caso con KanCare, enviar documentos solicitados y utilizar su tarjeta médica en su nombre. Esta persona recibirá copias de las cartas sobre su caso. Cada año la persona debe enviar la revisión e informarnos acerca de cambios en la situación suya. Su Representante Médico puede solicitar una Audiencia Imparcial o una apelación en nombre suyo. También puede ir con usted a una audiencia o representarlo en la audiencia.

Usted puede nombrar a un pariente, vecino, amigo u otra persona en quien confíe para que sea su representante. No puede ser alguien que está intentando cobrar una deuda médica contra usted.

Esta persona permanecerá como su Representante Médico hasta que usted nos indique que lo retiremos.

Nombre y apellido					
Dirección Renglón 1					
Dirección Renglón 2					
Ciudad		Estado		Código Postal	
Número de teléfono		Correo electrónico			
¿Cuál es la relación de esta persona con usted? (Por ejemplo: hijo, amigo, vecino, proveedor médico, organización comunitaria, etc.)					

Autorizo el uso y divulgación de mi información de salud por parte de la persona nombrada arriba a KDHE DHCF, DCF y KDADS.

Entiendo que tengo derecho a revocar esta autorización en cualquier momento notificando a KDHE DHCF.

Entiendo que después de divulgar esta información, la ley federal podría no protegerla y el destinatario podría divulgarla de nuevo.

Entiendo que tengo derecho a una copia de esta autorización.

Entiendo que esta autorización continuará hasta que yo revoque esta autorización o nombre una persona diferente para servir como mi Representante Médico.

Mi firma en este formulario significa que he leído y entendido las condiciones anteriores.

Firma: _____

Fecha: _____

Se requiere la firma de testigos si la firma arriba se hace con una marca.

Testigo: _____

Fecha: _____

Testigo: _____

Fecha: _____