

FORMULARIO REPRESENTANTE AUTORIZADO
Departamento de Relaciones Profesionales

Nombre del Proveedor:
NPI:
Dirección:
Ciudad, Estado, Zip Code:
Correo electrónico:
Teléfono:
Firma del proveedor:
Nombre del Empleado:
Título del Empleado:
Teléfono:
Firma del Empleado Designado:
Fecha de Efectividad de esta Autorización:
Fecha de Expiración:

Yo, _____, bajo el NPI _____, proveedor de salud y reconocida por HIPAA como Entidad Cubierta responsable de proteger y mantener la confidencialidad, privacidad, integridad y seguridad de la información protegida de salud de nuestros pacientes, reconozco que la persona nombrada a continuación es empleado de nuestra fuerza laboral y tiene como parte de sus responsabilidades realizar procesos asociados a tratamiento, pago u operaciones de salud (TPO, por sus siglas en inglés).

El empleado identificado está autorizado a tener acceso de la información protegida de salud de las siguientes entidades:

- Triple-S Salud, Inc. (Comercial)
- Triple-S Salud, (Plan Vital)
- Triple-S Advantage, Inc.

Reconozco como Entidad Cubierta que tenemos implementado procesos que no se limitan a garantizar lo siguiente:

- La protección, confidencialidad e integridad de la información protegida de salud incluyendo la información en cualquier formato, como por ejemplo a papel, oral o electrónico acorde a la Regla de Privacidad y Seguridad según establece HIPAA.
- En conformidad a la Regla de Privacidad-HIPAA, el uso, acceso y divulgación de información del paciente será con propósitos de TPO. Como, por ejemplo: información relacionada a tratamiento, diagnóstico, procedimiento, información demográfica, estatus de reclamaciones o beneficios.
- El empleado designado ha sido adiestrado sobre HIPAA y el manejo correcto de la información.

En representación de la oficina médica u facilidad el empleado podrá realizar los trámites o gestiones sobre historiales de pago, (EOP, por sus siglas en inglés) y asuntos de reclamaciones.

Firma del Proveedor

Firma del Representante Autorizado

Fecha
