



Autorización de representante designado del cliente

I, _____, por la presente designo
(imprimir el nombre)

_____ ser mi (o mi hijo menor)
(imprimir el nombre y la relación si es relevante)

Representante designado del cliente (DCR). El nombre de mi hijo menor es: _____.
(print name)

Esto significa que mi DCR tiene mi permiso para presentar una queja o apelación en mi nombre y para representarme en este proceso. Entiendo que aún debo firmar una Liberación de información que permita:

- Mi DCR tiene acceso a cualquier información de salud protegida, y
- Northeast Health Partners o a mis proveedores de tratamiento para discutir cualquier aspecto de mis servicios de salud mental o tratamiento con mi DCR

Esta designación de mi DCR permanecerá vigente por un año a partir de la fecha de hoy, o hasta _____, lo que sea más corto. También puedo revocar esta autorización por escrito en cualquier momento.

Este formulario de DCR también le permite a Northeast Health Partners compartir información con el Departamento de Política y Financiamiento de Atención Médica del Estado y con la Oficina Estatal de Tribunales Administrativos, si corresponde.

La información de contacto de mi DCR es:

Dirección: _____ Número de teléfono(s): _____

Firma: _____ Testigo: _____

Fecha: _____ Fecha: _____

Enviar el formulario completo a:
Northeast Health Partners
P.O. Box 31364
Salt Lake City, UT 84131-0364
northeasthealthpartners@carelon.com
nhpmembersupport@nhpllc.org
(800) 541-6870