

As required by the health Insurance Portability and Accountability Act of 1996, you have the right to nominate one or more persons to act on your behalf with respect to your health care and health care information. By completing this form, you are informing Community First Health Plans, Inc. (“Community First”) of your wish to designate the named person(s)/entity as your personal representative. You may revoke this designation at any time by contacting Community First. This designation will remain in effect for one year, unless noted otherwise.

MEMBER INFORMATION

I, _____
Last Name
First Name
CFHP ID Number
Date of Birth

hereby designate the person(s)/entity named below to act as my personal representative with Community First, with full authority to request and obtain verbal and written health information about me for the purpose of assisting with, or facilitating, the coordination of my health plan benefits.

NAME/RELATIONSHIP OF PERSONAL REPRESENTATIVE(S) ENTITY:

For the purposes of this designation, health information includes, but is not limited to, information about me pertaining to diagnosis, treatment, services planned and received, claims payment records, benefit coverage and enrollment. **I request to limit the information you release under this authorization to the following information/circumstances:**

I request my personal representative represent my enrolled dependents below the age of 18 who are listed below and/or adults (s) for whom I am the legal representative authorized to exercise the individual’s rights in this context under applicable law. Notwithstanding this designation, I understand that my enrolled dependents under the age of 18 have certain privacy rights that may prevent disclosure of certain personal health information by Community First.

Last Name	First Name	CFHP ID Number	Date of Birth

Use and Disclosure Policies

- This designation of a personal representative is strictly voluntary and allows the above-named representative(s) to act on your behalf. This authorization will automatically expire upon termination of your health plan enrollment.
- You may revoke this authorization at any time, by contacting Community First Member Services in writing at 12238 Silicon Drive, Suite 100, San Antonio, Texas 78249.
- Information released per this request may no longer be protected by federal and Texas privacy regulations. Community First will be held harmless for any action that may arise from the use of health information released by Community First to my or my listed dependents' personal representative and action taken prior to receipt of a written request to revoke a designation of persona representative.
- Community First will exclude access to protected health information under limited circumstances as allowed by law.
- This designation will not be used for medical underwriting; therefore, my treatment, payment, enrollment, or eligibility for benefits will not be conditioned on my signing this designation form.

VERIFICATION OF AUTHORIZATION TO REQUEST THIS DESIGNATION

My signature below confirms my understanding and agreement to the designation and the policies listed regarding the use and disclosure of my and my listed dependents' protected health information. I further confirm that I am legally authorized to make this designation.

Please include a copy of your state issued Driver's license or ID card

Signature of Member / Legal Guardian of Member(s)

Date

Como requerido por el Acto de 1996 de Salud Seguro Portátil y Responsabilidad, usted tiene el derecho de nombrar uno o más personas para actuar sobre su beneficio con respecto a su información de asistencia médica. Completando esta forma, usted informa a Community First de su deseo para designar a la persona denominada(s) /entidad como su representante personal. Usted puede revocar esta designación en tiempo comunicándose con Community First.

INFORMACIÓN DE MIEMBRO

Yo, _____
Apellido
Primer Nombre
Número de CFHP
Fecha de nacimiento

Por la presente designe a la persona(s)/entidad denominó de actuar como mi representante personal con Community First, con la autoridad para solicitar y obtener información verbal y escrita de salud sobre mí para el propósito de ayudar con, o con facilitar, la coordinación de mi plan de salud.

NOMBRE DE REPRESENTANTE PERSONAL(ES) ENTIDA:

Para el propósito de esta designación, información de salud incluye, pero no está limitada a, la información sobre mí perteneciendo al diagnóstico, el tratamiento, los servicios planeado y recibido, reclaman registros de pago, alcance de beneficio y matriculación. **Solicito para limitar la información que usted suelta bajo esta autorización a las información/circunstancias siguientes:**

Solicito que mi representante personal representa mis dependientes que son miembros y menores de 18 años aquí nombrados y/o los adulto(s) para quien soy representante legal autorizado a ejercitar los derechos del individuo en este contexto bajo la ley aplicable. Yo entiendo que mis dependientes que son miembros y menores de 18 años de edad tienen ciertos derechos de privacidad que pueden prevenir el reporte de información personal de salud por Community First.

Apellido	Nombre	# identificación de CFHP	Fecha de nacimiento

Policías de Uso y Revelación

- Esta designación de un representante personal es estrictamente voluntario y permite el representante nombrando actuar sobre su beneficio. Esta autorización expirará automáticamente sobre la terminación de su afiliación en el plan de salud.
- Usted puede revocar esta autorización a cualquier tiempo, comunicándose por escrito a los Servicios de Miembro de Community First en 12238 Silicon Drive, Suite 100, San Antonio, Texas 78249.
- Información hecha pública por esta petición no se puede proteger por las reglas de privacidad federales y de Texas. Community First será inocente de cualquier acción que puede surgir del uso de la información de salud soltada por Community First a mi o mi listó de representantes personales de mis dependientes y la acción tomada antes de recibir el pedido escrito para revocar la designación del representante personal.
- Community First excluirá acceso a la información de salud protegida bajo circunstancias limitadas como permitido por la ley.
- Esta designación no será utilizada para el seguro médico; por lo tanto, mi tratamiento, el pago, la afiliación ni la elegibilidad para beneficios no serán condicionadas en firmar esta forma de designación.

VERIFICACION DE AUTHORIZACION PARA SOLICITAR ESTA DESIGNACION

Mi firma confirma mi comprensión y el acuerdo a la designación y las policías anotadas con respecto al uso y la revelación de mi información de salud protegida y las de mis dependientes. Confirmando aún más que soy autorizado legalmente hacer esta designación.

Por favor incluya una copia de su licencia de conducir o tarjeta de identificación emitida por el estado

Firma del Miembro / Guardia Legal del Miembro(s)

Fecha