

## Formulario de designación de representante personal

---

**Agregue un representante personal a su plan:** Use este formulario para que Delta Dental\* agregue a su representante personal a su plan.

*\*Delta Dental incluye Delta Dental of Iowa y Veratrus Benefit Solutions, Inc.*

### Importante:

- Si es miembro de Medicaid y desea que alguien actúe en su nombre durante el proceso de apelaciones, **DETÉNGASE**. No complete este formulario. En cambio, visite nuestro sitio web y complete el [Formulario de apelación del miembro](#).
- Si es miembro de Medicare Advantage y desea que alguien actúe en su nombre para una queja formal o apelación, **DETÉNGASE**. No complete este formulario. En cambio, complete el [Formulario de queja formal del miembro](#) o el [Formulario de apelación del miembro](#) disponible en nuestro sitio web **Y** el [Formulario de designación de representante \(AOR, por sus siglas en inglés\)](#).

### Qué hacer:

1. El miembro y el representante personal deben completar y firmar este formulario. Un padre, madre o tutor legal debe completar el formulario si el miembro es menor de edad.
2. Incluya documentos de respaldo como poder notarial, orden judicial o albacea de patrimonio.
3. Siga las instrucciones de este formulario. Envíe todo a Delta Dental.

### Información del miembro:

Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección, ciudad, estado, código postal: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Número de identificación de Delta Dental, número de identificación de Medicaid o número de Seguro Social: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Nombre del grupo (si corresponde): \_\_\_\_\_

### Información del representante personal:

Nombre del representante personal: \_\_\_\_\_

Dirección, ciudad, estado, código postal: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Describa de qué manera esta persona tiene autoridad para actuar en su nombre. Envíenos documentos legales que lo demuestren, como poder notarial, orden judicial, albacea de patrimonio, etc., cuando devuelva este formulario.

---

---

**CADUCIDAD:** esta designación finalizará 30 días después de que termine su plan de beneficios de Delta Dental o cuando se resuelva cualquier reclamación relacionada con esta designación. Puede indicarnos otra fecha en la que le gustaría que esta designación finalice. Esta fecha debe ser válida según la ley. Por ejemplo, su(s) documento(s) legal(es) puede(n) indicar una fecha para cuando finalice la autoridad del representante personal.

El \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
Mes      Día      Año

o

Cuando ocurra el evento descrito a continuación. El evento debe estar relacionado con la persona o el motivo de la designación.

---

---

**PREGUNTAS DE VERIFICACIÓN PARA EL REPRESENTANTE PERSONAL:**

Las respuestas que el representante personal proporcione a continuación pueden utilizarse para verificar su identidad si llama para solicitar su información.

PIN de 4 dígitos (cualquier número de cuatro dígitos) \_\_\_\_\_

¿Cuál es el apellido de soltera de la madre del representante personal?

---

¿Cuál fue el nombre de la primera mascota del representante personal?

---

**FIRMA:**

**Para el miembro, el padre, la madre o el tutor legal:** He leído y comprendo la información de este formulario. Hago voluntariamente esta solicitud de Designación de representante personal. Autorizo al representante personal mencionado en este formulario a actuar en mi nombre y a tener acceso a mi información médica protegida según lo permita la ley. Entiendo que no tengo que firmar este formulario. *\*Si un tutor legal firma en nombre de una persona, este formulario debe estar acompañado por una copia de la designación del tutor.*

**Firma de la persona, el padre, la madre o el tutor legal:** \_\_\_\_\_

**Nombre en letra imprenta del tutor legal (si corresponde\*):** \_\_\_\_\_

**Fecha:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Mes      Día      Año

**Representantes personales designados legalmente:** He leído y comprendo la información de este formulario. Al firmar este formulario, confirmo que tengo la autoridad legal para actuar en nombre de la persona. Para proteger su privacidad, incluiré los documentos legales necesarios con esta solicitud.

**Firma del representante personal:** \_\_\_\_\_

**Fecha:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Mes      Día      Año

**INFORMACIÓN IMPORTANTE:**

- **Regla de privacidad:** Delta Dental debe seguir reglas específicas antes de compartir su información médica protegida (PHI, por sus en inglés) con cualquier persona que no sea usted. La PHI incluye cualquier información que pueda identificarlo. Por ejemplo, su fecha de nacimiento o ID de miembro. También incluye información sobre su salud y el pago de su atención médica.
- **Fecha de entrada en vigencia:** la autoridad de su representante personal comienza cuando Delta Dental recibe el formulario completo y los documentos legales necesarios. Esto puede incluir documentos de poder notarial o tutela. Esto solo afecta las comunicaciones de Delta Dental. Necesita un formulario por separado para su empleador, plan de salud grupal o cualquier persona fuera de Delta Dental.
- **Sus derechos:** usted aún tiene derecho a actuar por sí mismo a menos que Delta Dental reciba documentos legales que indiquen que no puede hacerlo por sí mismo.
- **Cambios en la cobertura:** debe completar un nuevo formulario si cambia de grupo o sus beneficios cambian a otro plan de Delta Dental.

- **Inquietudes de seguridad:** Delta Dental no reconocerá a alguien como su representante personal si creemos que sucederá lo siguiente:
  - Podría correr riesgo de violencia doméstica, abuso o negligencia por parte de esa persona.
  - Tratar a esa persona como su representante personal podría ponerlo en peligro.
  - No es lo mejor para usted, según nuestro criterio profesional.
- **Revocación de la autoridad:** la autoridad de su representante personal sigue siendo válida hasta que usted, un tribunal o una ley la retiren. Puede enviar una solicitud por escrito para eliminar esta autoridad a la dirección que figura a continuación. Eliminar la autorización no afectará ninguna acción que Delta Dental haya tomado antes de que recibiéramos su aviso.

Delta Dental of Iowa  
Dental Wellness Plan  
P. O. Box 9040  
Johnston, Iowa 50131  
Fax: 888-264-0195
- *Recibirá una copia de esta autorización. Guárdela para sus registros. Delta Dental también conservará una copia. Podemos darle otra copia si la solicita.*

**ENVÍE ESTE FORMULARIO COMPLETADO A:**

Delta Dental of Iowa  
Dental Wellness Plan  
P. O. Box 9040  
Johnston, Iowa 50131  
Fax: 888-264-0195

**SI TIENE PREGUNTAS O NECESITA AYUDA:**

Llame al 1-800-544-0718

Delta Dental of Iowa cumple con las leyes sobre los derechos civiles federales vigentes y no discrimina en función de la raza, el color, la nacionalidad, la edad, la discapacidad o el sexo. Para revisar nuestra declaración de no discriminación completa, visite <http://www.deltadentalia.com/nondiscrimination>.

A continuación, se incluye una lista de términos o palabras que se mencionaron en este formulario para intentar proporcionar más claridad sobre el significado o la definición de esas palabras. Si aún no está seguro de lo que significa un término o palabra en este formulario, comuníquese con el número que figura arriba.

<b>Palabra</b>	<b>Definición/significado</b>
Orden judicial:	Un documento legal emitido por un tribunal que requiere que una persona haga o no haga algo.
Delta Dental of Iowa:	Esta es la compañía dental que brinda servicios dentales a sus miembros. Trabaja con Medicaid de Iowa para proporcionar servicios dentales a miembros que tienen cobertura a través de los programas de Medicaid, como el Dental Wellness Plan o Hawki.
Número de identificación de Delta Dental:	Un identificador único asignado a un miembro por Delta Dental.
Albacea del patrimonio:	Una persona designada para administrar el patrimonio de una persona fallecida.
Número de identificación de Medicaid:	Un identificador único asignado a las personas inscritas en Medicaid. El número de identificación de Medicaid se encuentra en el Dental Wellness Plan del miembro o en la tarjeta de Hawki y tendrá 7 números con 1 letra al final, como 1234567A.
Representante personal:	Alguien que tiene autoridad legal para tomar decisiones sobre sus beneficios de atención médica, solicitar su información médica y ejercer todos sus derechos en virtud de su plan de Delta Dental, incluida la apelación de reclamaciones.
Poder notarial:	Un documento legal que permite que alguien actúe en su nombre.
Información médica protegida (PHI, por sus siglas en inglés):	Cualquier información que Delta Dental tenga que pueda identificarlo, como su fecha de nacimiento o ID de miembro, e información sobre su salud y el pago de su atención médica.
Revocación de la autoridad:	El proceso de retirar la autoridad del representante personal, que puede ser realizado por el miembro, un tribunal o una ley.
Veratrus Benefit Solutions, Inc.:	Es una compañía que forma parte de Delta Dental of Iowa y brinda servicios de la vista a sus miembros.