Certificación de derechos parentales

Este formulario podrá ser empleado por una persona para certificar a Tufts Health Plan* que es el padre/madre de un miembro cuando no está inscrito en la misma póliza.
Todos los campos son obligatorios. Los formularios que estén incompletos o con errores se devolverán a la dirección del padre/madre que se indica a continuación.

Información del miembro: para menores inscritos en un plan de Tufts Health Plan (“Miembro”)	
Nombre:	
Fecha de nacimiento:	**Número de identificación:**

Información del padre/madre: para la persona que certifica sus derechos parentales en relación con el Miembro (“Padre” o “Madre”)	
Nombre:	**Relación con el Miembro:**
Dirección particular:	
Ciudad, estado, código postal:	
Fecha de nacimiento:	**Número de teléfono:**
Dirección de correo electrónico:	

Términos de esta Certificación

1. Por la presente, certifico que soy el padre/madre del Miembro y que mis derechos parentales no han sido revocados por ninguna autoridad legal.
2. Entiendo que estoy obligado(a) a informar a Tufts Health Plan sobre cualquier cambio en el estado de mis derechos parentales relacionados con el Miembro.
3. Reconozco y acepto que Tufts Health Plan puede investigar mi reclamación como padre/madre del Miembro y entiendo que cualquier tergiversación en la información proporcionada permitirá a Tufts Health Plan revocar mi acceso a la información del Miembro y recurrir a otros recursos legales.
4. Entiendo que si el Miembro tiene entre 12 y 17 años, es posible que no tenga acceso a la información en las siguientes categorías protegidas, a menos que el Miembro proporcione una autorización específica: aborto, sida/complejo relacionado con el sida, abuso de alcohol y sustancias (incluida la información sobre los servicios proporcionados por los programas para el tratamiento del consumo de sustancias con asistencia federal), salud conductual, violencia doméstica, pruebas genéticas, VIH, maltrato físico, salud reproductiva y pruebas, tratamiento y prevención de infecciones de transmisión sexual.
5. Esta Certificación terminará el día anterior a la fecha en que el Miembro cumpla 18 años, a menos que se revoque antes.

He leído y entiendo los términos de esta Certificación.

Firma del padre/madre **Fecha**

Nombre en letra de imprenta

*Para los propósitos de esta Certificación, Tufts Health Plan incluye Harvard Pilgrim Health Care, Inc., Harvard Pilgrim Health Care of New England, Inc., HPHC Insurance Company, Inc., Point32 Health Services, Inc. group health plans, Tufts Associated Health Maintenance Organization, Inc., Tufts Health Public Plans, Inc., Tufts Insurance Company, Tufts Benefit Administrators, Inc., Total Health Plan, Inc., CarePartners of Connecticut, Inc. y todos sus afiliados actuales y futuros. Esta Certificación también se aplica a los proveedores que actúan en representación de las entidades antes mencionadas.

Devuelva el formulario cumplimentado a:

Por FAX:	**Por CORREO:**
Con atención a: Servicios para Miembros 1-857-304-6343	Tufts Health Plan Con atención a: Servicios para Miembros - Planes públicos PO Box 524 Canton, MA 02021

Si tiene alguna pregunta con respecto a este formulario, comuníquese con un representante de Servicios para Miembros de Tufts Health Plan al 1-888-257-1985 o TTD: 711.