



GOVERNMENT OF PUERTO RICO

Department of Health
Medicaid Program

Formulario de Consentimiento del Proveedor

Instrucciones: Para ser completado por proveedor con tipo de inscripción de Individuo, Individuo dentro de Grupo, o que Ordenan/Prescriben/Refieren (OPR, por sus siglas en inglés). El formulario debe estar completado en todas sus partes, fechado y debidamente firmado por el proveedor inscribiéndose. Se requiere firma a mano o firma electrónica validada; no se permiten firmas electrónicas escritas. Complete y envíe un formulario con su solicitud de inscripción/revalidación de proveedor. Marque solo **UNA** de las declaraciones.

Los proveedores Individuos, Individuos dentro de Grupo, y OPR deben incluir este Formulario con su solicitud de inscripción/revalidación en el Portal de Inscripción de Proveedores (PEP, por sus siglas en inglés). Las solicitudes con tipo de inscripción de Grupo, Facilidad y Clínica no requieren completar este formulario; en su lugar, pueden incluir una declaración indicando que el formulario no aplica para el tipo de inscripción.

Nombre del Proveedor		Número de NPI
Dirección Línea 1 <i>(Número y Nombre de Calle o PO Box)</i>		Dirección Línea 2 <i>(Suite, # Oficina, Nombre de Edificio, etc.)</i>
Ciudad	Estado	Zip Code +4
Número de Teléfono	Correo Electrónico	
() - Ext.		

Marque **UNA** de las siguientes declaraciones:

- Con mi firma a continuación, declaro que _____ está
(Ingrese el nombre de la persona/entidad autorizada)
autorizado a presentar una solicitud de inscripción/revalidación de proveedor en mi nombre que incluye Información de Identificación Personal (PII, por sus siglas en inglés). Entiendo que sigo siendo responsable por cualquier acción realizada bajo esta delegación.
- Con mi firma a continuación, declaro que nadie más está autorizado a presentar una solicitud de inscripción/revalidación de proveedor en mi nombre.

Firma del Proveedor: _____ Fecha: _____

Nombre del Proveedor: _____