



GOVERNMENT OF PUERTO RICO

Department of Health
Medicaid Program

Programa Medicaid de Puerto Rico Formulario de Consentimiento del Proveedor

Nombre del Proveedor	# de NPI del Proveedor
Dirección de Contacto (<i>Número de Calle y Nombre de Calle, Pueblo, País, Código Postal (9 dígitos)</i>)	
Número de Teléfono de Contacto	
() ___-___ Extensión _____	
Persona/Entidad autorizada a proveer información Si nadie está autorizado, marque el encasillado 'Nadie'	Nadie

Marque el encasillado que corresponda:

- Con mi firma a continuación, declaro que _____ está 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: _____

Complete un formulario por cada Solicitud de Inscripción o Revalidación de Proveedor.

Individuos, Individuos dentro de un Grupo, y proveedores que Ordenan/Recetan/Refieren (OPR, por sus siglas en inglés) deben incluir este formulario con su solicitud de inscripción/revalidación en el Portal de Inscripción de Proveedores (PEP, por sus siglas en inglés). Adjunte este formulario como un anejo en su Solicitud de Inscripción de Proveedor y/o Revalidación de Proveedor a través del PEP.