



# GOVERNMENT OF PUERTO RICO

Department of Health  
Medicaid Program

## Programa Medicaid de Puerto Rico Formulario de Consentimiento del Proveedor

<b>Nombre del Proveedor</b>	<b># de NPI del Proveedor</b>
<b>Dirección de Contacto</b> ( <i>Número de Calle y Nombre de Calle, Pueblo, País, Código Postal (9 dígitos)</i> )	
<b>Número de Teléfono de Contacto</b>	
( ) ___-___ Extensión _____	
<b>Persona/Entidad autorizada a proveer información</b> 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.*