



FORMULARIO DE REPRESENTANTE AUTORIZADO

.....

Nombre del miembro:		Inicial del 2.º nombre:		Apellido:	
Dirección:		Ciudad:		Estado:	Código postal:
Correo electrónico:		Número de teléfono de casa:		Número de teléfono celular:	
Número de identificación del miembro:				Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA):	
<p>Este formulario es para:</p> <input type="checkbox"/> Designar un representante para que actúe en mi nombre (capaz de realizar cambios) <input type="checkbox"/> Permitir que un representante tenga acceso a mi información (solo acceso, no se pueden realizar cambios) <input type="checkbox"/> Revocar una designación de representante existente					
Nombre del primer representante:		Inicial del 2.º nombre:		Apellido:	
Dirección:		Ciudad:		Estado:	Código postal:
Correo electrónico:		Número de teléfono de casa:		Número de teléfono celular:	
Relación con el miembro:					
<p>Esta designación es para:</p> <input type="checkbox"/> Para todos los fines relacionados con mi membresía en los beneficios de mi plan de salud. <p>Solo para (marque todas las opciones que correspondan):</p> <input type="checkbox"/> Médico (ejemplo: administración de atención médica, autorizaciones, transporte) <input type="checkbox"/> Inscripción (ejemplo: elegibilidad) <input type="checkbox"/> Prima/financiero (ejemplo: pagos mensuales, explicación de beneficios) <input type="checkbox"/> Reclamos (ejemplo: facturación) <input type="checkbox"/> Queja/apelación (por ejemplo, presentar una queja o apelación) <input type="checkbox"/> Servicios confidenciales (por ejemplo, VIH/SIDA, embarazo, enfermedades de transmisión sexual)					

Esta autorización entra en vigor: De ____/____/____ a ____/____/____ Hasta que ya no esté inscrito en el plan.***Nota:** Para Medicare Plus DSNP, la designación para queja o apelación solo es efectiva durante 1 año a partir de la fecha de la firma.**Este formulario es para:** Designar un representante para que actúe en mi nombre (capaz de realizar cambios) Permitir que un representante tenga acceso a mi información (solo acceso, no se pueden realizar cambios) Revocar una designación de representante existente**Nombre del segundo representante:****Inicial del
2.º nombre:****Apellido:****Dirección:****Ciudad:****Estado:****Código postal:****Correo electrónico:****Número de teléfono de casa:****Número de teléfono celular:****Relación con el miembro:****Esta designación es para:** Para todos los fines relacionados con mi membresía en los beneficios de mi plan de salud.**Solo para** (marque todas las opciones que correspondan): Médico (ejemplo: administración de la atención médica, autorizaciones, transporte) Inscripción (ejemplo: elegibilidad) Prima/financiero (ejemplo: pagos mensuales, Explicación de beneficios) Reclamos (ejemplo: facturación) Queja/apelación (ejemplo, presentar una queja o apelación) Servicios confidenciales (ejemplo, VIH/SIDA, embarazo, enfermedades de transmisión sexual)**Esta autorización entra en vigor:** De ____/____/____ a ____/____/____ Hasta que ya no esté inscrito en el plan.***Nota:** Para Medicare Plus DSNP, la designación para queja o apelación solo es efectiva durante 1 año a partir de la fecha de la firma.**Documentación de identificación del miembro adjunta (Fotocopia de uno de los siguientes):** Licencia de conducir de los Estados Unidos válida Tarjeta de identificación del Departamento de Vehículos Motorizados (*Department of Motor Vehicles, DMV*) válida Certificado de nacimiento Pasaporte/tarjeta de identificación Tarjeta de identificación con foto emitida por el gobierno Otro _____**Si no se adjunta identificación, la firma debe ser certificada ante notario.**

**Coloque el sello aquí. No es oficial a menos que lleve el sello de un notario público.
*L.A. Care no proporciona ni cubre los servicios notariales, pueden aplicarse cargos***

Notariado por_____/_____/_____
Fecha (MM/DD/AAAA)

Si alguien que no sea el miembro está completando este formulario, complete esta sección con su información y firme en nombre del miembro en la última página. Usted es el:

Padre de un menor Tutor Conservador Administrador de bienes

Ejecutor testamentario Otro _____

Se debe adjuntar una copia de la documentación legal para verificar que usted es el padre, conservador, tutor, ejecutor testamentario de un difunto o que tiene autoridad para tomar decisiones médicas para el miembro.

Nombre del miembro:	Inicial del 2.º nombre:	Apellido:	
Dirección:	Ciudad:	Estado:	Código postal:
Correo electrónico:	Número de teléfono de casa:	Número de teléfono celular:	
Relación con el miembro:			

Esta autorización permite al representante designado (según lo seleccionado en este formulario):

- discutir su información, beneficios de atención médica, atención y tratamiento, y reclamos con L.A. Care en su nombre.
- enviar solicitudes o cambios sobre su plan de salud, médicos y grupo médico en su nombre.
- presentar una queja ante L.A. Care en su nombre. Para L.A. Care Medicare Plus DSNP, este formulario está limitado a un año a partir de la fecha en que se firma.
- obtener su información médica protegida personal (*Personal Health Information, PHI*) de L.A. Care. Esto puede incluir información médica protegida como abuso de sustancias, salud mental, salud conductual, pruebas genéticas y estado del VIH/SIDA. Una vez divulgada, la información puede no seguir estando protegida por las leyes de privacidad y el representante puede divulgarla sin su autorización.

Los miembros deben haber:

- revisado y completado el formulario antes de firmar.
- proporcionado toda la información requerida por L.A. Care.
- entendido que L.A. Care y el Departamento de Servicios de Atención Médica del Estado de CA no son responsables de las acciones del representante autorizado, o lo que hace con la información que recibe.
- entendido que la revocación no afectará ninguna acción tomada ni ninguna información ya divulgada con base en esta autorización antes de que L.A. Care haya procesado la solicitud de revocación.

Los miembros tienen derecho a:

- designar a cualquier persona mayor de 18 años como representante autorizado.
- actualizar o revocar esta autorización en cualquier momento con una solicitud por escrito a L.A. Care.
- solicitar una copia de este formulario y la información utilizada o compartida por esta autorización.

Restricciones:

- Esta autorización se reconoce por un año a partir de la fecha en que se firmó a menos que se revoque antes por escrito.
- Si se realizan cambios en el formulario, el miembro tendrá que volver a autorizar o volver a certificar ante notario el formulario.
- Esta autorización finaliza automáticamente 120 días después de que el miembro ya no esté inscrito en L.A. Care.

Entiendo que mi tratamiento, pago, inscripción o elegibilidad para beneficios no se ven afectados en caso de que decida firmar o no firmar este formulario.

Fecha de hoy	Nombre impreso del miembro	Firma del miembro
Fecha de hoy	Primer representante designado	Firma
Fecha de hoy	Segundo representante designado	Firma

Devuelva el formulario a:

L.A. Care Health Plan,
CSC – Authorized Rep Form
1200 West 7th Street
Los Angeles, CA 90017

Fax gratuito: 1.844.657.7272 - Este es un número de fax seguro. Puede incluir una portada marcada como "Confidencial". Tenga cuidado al enviar por fax información médica protegida (PHI).

Para descargar una copia de este formulario, visite lacare.org. Para hacer preguntas sobre este formulario o sobre cómo enviar este formulario, comuníquese con Servicios para Miembros llamando al **1.888.839.9909** (TTY 711). Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita.

Puede obtener este formulario de forma gratuita en árabe, armenio, chino, farsi, jemer, coreano, ruso, español, tagalo, vietnamita u otros formatos, como letra grande, braille o audio. Llame al **1.833.522.3767**. Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al **711**. Atendemos las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.