



FORMULARIO DE REPRESENTANTE AUTORIZADO

Nombre del miembro:	Inicial del segundo nombre:	Apellido:	
Dirección:	Ciudad:	Estado:	Código postal:
Correo electrónico:	N.º de teléfono particular:	N.º de teléfono celular:	
N.º de identificación del miembro:		Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA):	

Este formulario es para:

- Designar a un representante para que actúe en mi nombre (para que pueda hacer cambios)
- Permitir que un representante tenga acceso a mi información (para que acceda únicamente, sin poder hacer cambios)

Primer nombre del 1.º representante:	Inicial del segundo nombre:	Apellido:	
Dirección:	Ciudad:	Estado:	Código postal:
Correo electrónico:	N.º de teléfono particular:	N.º de teléfono celular:	
Relación con el miembro		Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA):	

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):

- Servicios médicos (por ejemplo, administración de la atención médica, autorizaciones, transporte)
- Inscripción (por ejemplo, elegibilidad)
- Asuntos financieros o relacionados con la prima (por ejemplo, pagos mensuales, explicación de beneficios)
- Reclamos (por ejemplo, facturación)
- Quejas/apelaciones (por ejemplo, presentar una queja o apelación)
- Servicios confidenciales (por ejemplo, VIH/SIDA, embarazo, enfermedades de transmisión sexual)

Esta autorización tiene vigencia: Del ____/____/____ al ____/____/____ Hasta que deje de estar inscrito en el plan.

***Nota:** Para Medicare Plus DSNP, la designación para quejas/apelaciones solo tiene vigencia durante 1 año a partir de la fecha en que se firme.

Este formulario es para: Designar a un representante para que actúe en mi nombre (para que pueda hacer cambios) Permitir que un representante tenga acceso a mi información (para que acceda únicamente, sin poder hacer cambios)**Primer nombre del 2.º representante:****Inicial del segundo nombre:****Apellido:****Dirección:****Ciudad:****Estado:****Código postal:****Correo electrónico:****N.º de teléfono particular:****N.º de teléfono celular:****Relación con el miembro****Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA):****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):** Servicios médicos (por ejemplo, administración de la atención médica, autorizaciones, transporte) Inscripción (por ejemplo, elegibilidad) Asuntos financieros o relacionados con la prima (por ejemplo, pagos mensuales, explicación de beneficios) Reclamos (por ejemplo, facturación) Quejas/apelaciones (por ejemplo, presentar una queja o apelación) Servicios confidenciales (por ejemplo, VIH/SIDA, embarazo, enfermedades de transmisión sexual)**Esta autorización tiene vigencia:** Del ____/____/____ al ____/____/____ Hasta que deje de estar inscrito en el plan.

***Nota:** Para Medicare Plus DSNP, la designación para quejas/apelaciones solo tiene vigencia durante 1 año a partir de la fecha en que se firme.

Documentación identificatoria adjunta del miembro (fotocopia de uno de los siguientes documentos): Licencia de conducir válida de los EE. UU. Tarjeta de identificación válida del DMV Certificado de nacimiento Pasaporte/tarjeta de identificación Tarjeta de identificación con fotografía emitida por el gobierno Otro _____**Si no se adjunta ninguna identificación, la firma debe ser notariada.****Por favor, sellar aquí. No es oficial, a menos que lo selle un notario público.*****L.A. Care no proporciona ni cubre los servicios notariales, es posible que se apliquen cargos***

Notarizado por _____

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

Si otra persona que no sea el miembro completa este formulario, complete esta sección con su información y firme en nombre del miembro en la última página.

Nombre:	Inicial del segundo nombre:	Apellido:	
Dirección:	Ciudad:	Estado:	Código postal:
Correo electrónico:	N.º de teléfono particular:	N.º de teléfono celular:	
Relación con el miembro			Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA):

Se debe enviar una copia de la documentación legal para verificar que usted es uno de los siguientes:

Padre de un menor Tutor Conservador Apoderado

Otro _____

También se debe enviar una copia de su documentación identificatoria:

Licencia de conducir válida de los EE. UU. Tarjeta de identificación válida del DMV Certificado de nacimiento

Pasaporte/tarjeta de identificación Tarjeta de identificación con fotografía emitida por el gobierno

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

- hablar con L.A. Care sobre su información, beneficios de atención médica, atención médica, tratamientos y reclamos en su nombre.
- presentar solicitudes o cambios relacionados con su plan de salud, sus médicos y su grupo médico en su nombre.
- presentar una queja ante L.A. Care en su nombre. Para L.A. Care Medicare Plus DSNP, este formulario tiene un límite de un año a partir de la fecha en que se firme.
- obtener su información médica personal (Personal Health Information, PHI) a través de L.A. Care. Esto puede incluir información médica sobre el abuso de sustancias, salud mental, salud conductual, pruebas genéticas y VIH/SIDA. Una vez divulgada, es posible que la información ya no esté protegida por las leyes de privacidad y que el representante la divulgue sin su autorización.

Usted debe:

- revisar y completar el formulario antes de firmarlo.
- proporcionar toda la información requerida por L.A. Care.
- comprender que L.A. Care y el Departamento de Servicios de Salud del estado de California no son responsables por las acciones del representante autorizado ni lo que haga con la información que reciba.
- comprender que la revocación no afectará ninguna medida tomada ni ninguna información ya divulgada en función de esta autorización antes de que L.A. Care haya procesado la solicitud de revocación.

Usted tiene los siguientes derechos:

- designar como representante autorizado a cualquier persona mayor de 18 años.
- actualizar o revocar esta autorización en cualquier momento mediante 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 firme, a menos que sea revocada antes por escrito.
- Si se realizan cambios en el formulario, el miembro deberá volver a autorizar/notarizar el formulario.
- Esta autorización finaliza automáticamente 120 días después de que el miembro deje de estar inscrito en L.A. Care.

Entiendo que mi tratamiento, pago, inscripción o elegibilidad para los beneficios no se ven afectados por la firma o no de este formulario.

Fecha de hoy	Nombre en letra de molde del miembro	Firma del miembro
Fecha de hoy	Representante designado n.º 1	Firma
Fecha de hoy	Representante designado n.º 2	Firma

Envíe 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 que diga "Confidencial". Por favor, tenga cuidado al enviar por fax información médica protegida (PHI).

Para descargar una copia de este formulario, visite www.lacare.org. Si tiene preguntas sobre este formulario o acerca de cómo enviarlo, comuníquese con Servicios para los Miembros 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 gratis en árabe, armenio, chino, persa, 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.