



# REPRESENTANTE PERSONAL DESIGNADO FORMULARIO

## Información importante

Como padre de familia, tutor u otro representante personal legal autorizado (aprobado), usted tiene el derecho a tener acceso a cierta información médica de la persona a quien está autorizado representar. Usted necesitará presentar (enviar) la documentación que demostre su facultad para representar a la persona. Llene este formulario y envíelo con la documentación válida a:

Partnership HealthPlan of California  
Attn: Member Services – Northern Region  
3688 Avtech Pkwy  
Redding, CA 96002  
(530) 223-2508

O

Partnership HealthPlan of California  
Attn: Member Services – Southern Region  
4665 Business Center Drive  
Fairfield, CA 94534  
Fax: (707) 420-7580

Estos son **ejemplos** de los tipos de documentación que usted necesitará presentar:

**Padre de familia con custodia / sin custodia** – Envíe una de las siguientes opciones:

- Anexo de la orden de custodia y visitas (hora para padre o madre/parenting time) (formulario FL-341)
- Hallazgos y orden después de la audiencia (formulario FL-340)
- Resolución del juicio (formulario FL-180 o formulario FL-250)
- Disposición y la orden de custodia y/o visitas de los niños (formulario FL-355)

**Custodia tutelar/Adopción** - Envíe una de las siguientes opciones:

- Orden que designa al tutor del menor de edad
- Orden de adopción (ADOPT-215)
- Certificado/Acta de nacimiento que identifique al /los padre/s adoptivo/s

**Tutela / (conservatorship)** – Envíe:

- Orden de la asignación de la tutela

**Administrador de bienes raíces / albacea de testamento** – Envíe:

- Orden para la legalización de testamento (formulario DE 140) y cartas (formulario DE 150)

**Padre tutelar (foster) / agencia de cuidado tutelar (foster) / Enfermera(o) de la salud pública** – Envíe:

- Acuerdo de padres tutelares (foster) o acuerdo de colocación y de divulgación de información firmado por la agencia estatal.

**Poder notarial de atención médica:**

- Por favor asegúrese de que el documento que presente le autorice para tomar decisiones relacionadas con la atención médica. Se podría requerir una declaración del médico de atención primaria del miembro.

**Información del miembro**

Nombre:	Apellido:
Dirección:	
Número de ( ) teléfono:	Fecha de nacimiento:
Identificación (ID) del miembro/CIN:	

**Información del representante personal**

Nombre:	Apellido:
Dirección:	
Número de ( ) teléfono:	Fecha de nacimiento:

**Vencimiento de la autorización**

- Esta autorización vencerá en exactamente un año o el (se requiere una fecha): \_\_\_\_\_
- Fecha de la siguiente audiencia judicial: \_\_\_\_\_

**Documentos de la autoridad legal que son presentados**

Por favor marque la casilla al costado del tipo autoridad legal del representante personal.

<input type="checkbox"/> Padre o madre del menor / padre o madre con custodia	<input type="checkbox"/> Padre o madre del menor / padre o madre sin custodia
<input type="checkbox"/> Tutor legal	<input type="checkbox"/> Padre adoptivo
<input type="checkbox"/> Tutelar	<input type="checkbox"/> Poder notarial de atención médica
<input type="checkbox"/> Administrador de bienes raíces / albacea de testamento	<input type="checkbox"/> Padre tutelar/Agencia de cuidado tutelar
<input type="checkbox"/> Otro:	

## Certificación del representante personal

Certifico bajo pena de perjurio bajo las leyes del estado de California que lo anterior es verdadero y correcto.

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Ciudad, Estado

\_\_\_\_\_  
Nombre en letra de molde

\_\_\_\_\_  
Fecha

### Verificación de documentación (sólo para uso de PHC)

¿Copia de la documentación que se adjunta?

Sí

No

Tipo de documentación que se adjunta:

Verificado por el personal de PHC:

Nombre:  
Dept.: