



# Asignación de representante autorizado

## Información importante

Usted tiene derecho a autorizar (dar) a un amigo, familiar u otra persona que usted identifique acceso a cierta información médica sobre usted. Para hacer esto, complete este formulario y envíelo a:

Partnership HealthPlan of California

Attn: Member Services

4665 Business Center Drive

Fairfield, CA 94534

Fax: (707) 420-7580

## Información del miembro

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

## Información del representante autorizado

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

## Acceso a información médica protegida

Marque la casilla junto a cada tipo de información que desee que tenga su representante autorizado.

<input type="checkbox"/> Estado de elegibilidad y proveedor de atención primaria	<input type="checkbox"/> Realizar cambios en la dirección y el número de teléfono
<input type="checkbox"/> Ordenar una tarjeta de identificación	<input type="checkbox"/> Hacer cambios en el proveedor de atención primaria
<input type="checkbox"/> Información médica no delicada	<input type="checkbox"/> Otra:

**Acceso a información médica delicada**  
**(el miembro debe firmar las siguientes casillas de verificación)**

Marque la casilla junto a cada tipo de información que desee que tenga su representante autorizado.

Tratamiento de salud mental/conductual

Tratamiento de enfermedades de transmisión sexual

Tratamiento de trastornos por consumo de sustancias

Resultados de las pruebas genéticas

Firma del miembro: \_\_\_\_\_

**Vencimiento de la autorización**

Esta autorización vencerá (terminará) exactamente en un año, a menos que elija una fecha diferente a continuación.

Esta autorización vencerá en esta fecha (se requiere una fecha): \_\_\_\_\_

**Servicios con consentimiento de menores (12 años o más)**  
**(el miembro debe firmar las casillas de verificación a continuación)**

Marque la casilla junto a cada tipo de información que desee que tenga su representante autorizado.

Tratamiento o consejería de salud mental

Tratamiento del embarazo

Tratamiento de víctimas de agresión

Tratamiento de drogas o alcohol

Tratamiento para la prevención de enfermedades de transmisión sexual o transmisibles

Tratamiento para víctimas de violación

Firma del miembro menor de edad (12 años o más): \_\_\_\_\_

## Firma del miembro

Entiendo que Partnership HealthPlan of California y otras organizaciones e individuos, como médicos, hospitales y planes de salud, están obligados por ley a mantener mi información médica confidencial (privada). Según la ley de California, el destinatario de mi información médica tiene prohibido volver a divulgar (compartir) la información, excepto con una autorización por escrito o según lo exija o permita específicamente la ley.

También entiendo que si doy permiso para compartir mi información de salud a alguien que legalmente no está obligado a mantenerla confidencial, es posible que esta ya no esté protegida por las leyes federales de privacidad.

### SUS DERECHOS

Esta autorización para divulgar información de salud es voluntaria (no es obligatoria).

El tratamiento, el pago, la inscripción o la elegibilidad para los beneficios no pueden estar condicionados a la firma de esta Autorización, excepto en los siguientes casos:

- (1) Llevar a cabo tratamientos relacionados con la investigación
- (2) Para obtener información relacionada con la elegibilidad o la inscripción en un plan de salud
- (3) Para determinar la obligación de una entidad de pagar un crédito
- (4) Crear información de salud para proporcionar a un tercero

Esta autorización puede ser retirada y revocada (retirada) en cualquier momento. Puede revocar esta autorización llamando a Servicios para Miembros al **(800) 863-4155** o enviándolo por correo o fax a:

Partnership HealthPlan of California  
c/o Member Services Department  
4665 Business Center Drive  
Fairfield, CA 94534  
Fax: (707) 863-4415

La revocación entrará en vigor cuando Partnership la reciba. Sin embargo, su retiro/revocación no afectará a los derechos de cualquier persona que actúe en virtud de este consentimiento antes de la notificación del retiro/revocación.

Tiene derecho a recibir una copia de esta autorización.

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha

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

\_\_\_\_\_  
Relación con el miembro