



FORMULARIO DE REPRESENTANTE AUTORIZADO

| | | | |
|---|-------------------------|-----------------------------------|----------------|
| Nombre del miembro: | Inicial del 2.º nombre: | Apellido: | |
| Dirección: | Ciudad: | Estado: | Código postal: |
| Correo electrónico: | Teléfono particular: | Teléfono celular: | |
| N.º de identificación del miembro: | | Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA): | |
| Estoy firmando el formulario para: <input type="checkbox"/> Designar un representante <input type="checkbox"/> Revocar una designación de representante existente | | | |
| Yo soy el: <input type="checkbox"/> Miembro <input type="checkbox"/> Padre de un menor <input type="checkbox"/> Tutor <input type="checkbox"/> Conservador <input type="checkbox"/> Administrador de sucesión <input type="checkbox"/> Ejecutor testamentario <input type="checkbox"/> Otro _____ | | | |
| Mi información es: | | | |
| Nombre: | Inicial del 2.º nombre: | Apellido: | |
| Dirección: | Ciudad: | Estado: | Código postal: |
| Correo electrónico: | Teléfono particular: | Teléfono celular: | |
| Esta cita es para: <input type="checkbox"/> Para todos los propósitos relacionados con mi membresía en los beneficios de mi plan de salud. Solo para (marcar todos los que apliquen): <input type="checkbox"/> Inscripción <input type="checkbox"/> Prima/asuntos financieros <input type="checkbox"/> Reclamos <input type="checkbox"/> Queja/apelación <input type="checkbox"/> Otro: _____ | | | |
| Esta autorización entra en vigor inmediatamente y permanecerá en vigor hasta: <input type="checkbox"/> Antes de 1 año a partir de ____/____/____, o 120 días después de que ya no esté inscrito. <input type="checkbox"/> Fechas específicas desde el ____/____/____ hasta el ____/____/____. | | | |

| | | | |
|---|-------------------------|---|----------------|
| Nombre del primer representante: | Inicial del 2.º nombre: | Apellido: | |
| Dirección: | Ciudad: | Estado: | Código postal: |
| Correo electrónico: | Teléfono particular: | Teléfono celular: | |
| Relación con el miembro: | | | |
| Nombre del segundo representante: | Inicial del 2.º nombre: | Apellido: | |
| Dirección: | Ciudad: | Estado: | Código postal: |
| Correo electrónico: | Teléfono particular: | Teléfono celular: | |
| Relación con el miembro: | | | |
| Documentación de identificación adjunta <i>(Debe proporcionar fotocopia de uno de los siguientes):</i> <input type="checkbox"/> Licencia de conducir válida de EE. UU. <input type="checkbox"/> Tarjeta de identificación válida del DMV <input type="checkbox"/> Certificado de nacimiento <input type="checkbox"/> Pasaporte/tarjeta de identificación <input type="checkbox"/> Tarjeta de identificación con foto emitida por el gobierno <input type="checkbox"/> Otros _____ | | | |
| Debe adjuntarse documentación legal para verificar que usted es el Padre, Conservador, Tutor, Ejecutor testamentario de un Difunto, o que tiene Autoridad de Toma de Decisiones Médicas para el Individuo. | | | |
| Si no se proporciona ninguna identificación, la firma debe ser notariada. <p style="text-align: center; color: red;">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 adicionales*.</p> | | | |
| _____ Notariado por | | _____/_____/_____ Fecha (MM/DD/AAAA) | |

Esta autorización le permite al representante designado:

- 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.
- obtener su información médica protegida personal (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.

Miembros:

- revisaron y completaron el formulario antes de firmar.
- proporcionaron toda la información que requiera L.A. Care.
- entienden 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.
- entienden que la revocación no afectará ninguna acción tomada ni ninguna información 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/renotarizar 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 del miembro en letra de molde | Firma del miembro |
| Fecha de hoy | Nombre en letra de molde <i>(Si no es el miembro)</i> | Firma <i>(Si no es el miembro)</i> |

Devuelva el formulario a: L.A. Care Health Plan, Customer Solution Center, 1200 West 7th Street, Los Angeles, CA 90017

Fax gratuito: 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 www.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). Atendemos las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita.

L.A. Care Cal MediConnect Plan (Medicare-Medicaid Plan) es un plan de salud que tiene contratos con Medicare y Medi-Cal para ofrecer los beneficios de ambos programas a las personas inscritas.