



## REPRESENTANTE AUTORIZADO: FORMULARIO DE REVOCACIÓN

Este formulario puede utilizarse para revocar (cancelar) la designación previa de un representante autorizado. Si decide presentar este formulario, deberá completarlo en su totalidad y enviarlo a L.A. Care a la dirección que figura en dicho formulario.

Sección 1: Información sobre 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:	
Número de identificación del miembro:		Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA):	
Sección 2: Representante autorizado cuya designación será cancelada			
Nombre del 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:		Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA):	

**Usted debe:**

- revisar y completar el formulario antes de firmar
- proporcionar toda la información solicitada por L.A. Care
- comprender que la revocación no afectará ninguna divulgación ya realizada con base en la autorización previa antes de que L.A. Care haya recibido y procesado la presente solicitud de revocación
- entender que el tratamiento, el pago, la inscripción o la elegibilidad para los beneficios no se verán afectados en caso de que decida firmar o no el presente formulario

**Al firmar a continuación, revoco mi autorización para que el representante identificado en el presente formulario use o divulgue mi información médica protegida.**

Fecha de hoy

Nombre del solicitante en letra de molde

Firma del solicitante

**Documentación de identificación del solicitante 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 \_\_\_\_\_

**Autoridad legal del solicitante para pedir este cambio:**

- Usted mismo     Padre/madre/tutor     Conservador     Poder notarial     Otro: \_\_\_\_\_

**Nota:** Aparte de usted mismo, debe adjuntar la documentación legal que certifique que tiene la autoridad legal para solicitar este cambio.

**Si no se adjunta identificación, la firma debe ser certificada ante notario.**

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

Notariado por \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Fecha (MM/DD/AAAA)

**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, [visitelacare.org](http://visitelacare.org). **Para hacer preguntas sobre este formulario o sobre cómo presentarlo, comuníquese con Servicios para los 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.