

ASIGNACIÓN DE REPRESENTANTE AUTORIZADO

Información importante

Usted tiene el derecho a autorizar (darle), a un amigo, miembro de la familia u otra persona que usted identifique acceso a cierta información médica sobre usted. Para hacer esto, llene este formulario y envíelo a:

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

O

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

Información del miembro

Nombre:

Apellido:

Dirección:

Número de ()
 teléfono:

Fecha de
 nacimiento:

Identificación
 (ID) del
 miembro/CIN:

Información del representante autorizado

Nombre:

Apellido:

Dirección:

Número de ()
 teléfono:

Fecha de
 nacimiento:

Acceso a la información protegida sobre la salud

Por favor marque la casilla junto a cada tipo de información que desea que su representante autorizado tenga.

Estado de elegibilidad y proveedor de atención primaria

Hacer cambios a la dirección y número telefónico

Pedir una tarjeta de identificación (ID)

Realizar cambios relacionados con el proveedor de atención primaria

Información no sensible sobre su salud

Otro:

Acceso a la información sensible sobre su salud (el miembro debe firmar debajo de las casillas)

Por favor marque la casilla junto a cada tipo de información que desea que su representante autorizado tenga.

Tratamiento de salud mental / conductual

Tratamiento de enfermedades de transmisión sexual

Tratamiento de trastornos por uso de sustancias

Resultados de pruebas genéticas

Firma del miembro: _____

Vencimiento de la autorización

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

Esta autorización vencerá en esta fecha: _____

Servicios para menores de edad (12 años de edad o más) con consentimiento (el miembro debe firmar a continuación casillas)

Por favor marque la casilla junto a cada tipo de información que desea que su representante autorizado tenga.

Tratamiento de salud mental o de consejería

Tratamiento de embarazo

Tratamiento de una víctima de una agresión

Tratamiento por uso de drogas o alcohol

Tratamiento o prevención de enfermedades de transmisión sexual

Tratamiento de una víctima de violación

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

Firma del miembro

Tengo entendido que Partnership HealthPlan of California y otras organizaciones y personas, tales como médicos, hospitales y planes de salud están obligadas por ley a mantener la información sobre mi salud confidencial (privada). Bajo la ley de California, el receptor de mi información médica tiene prohibido volver a divulgar (compartir) la información, excepto con una autorización por escrito o como específicamente es requerido o permitido por la ley.

También entiendo que si yo le otorgo permiso para compartir mi información de salud a una persona que legalmente no está obligado a mantenerla confidencial, ya no podría estar protegida por las leyes federales de privacidad.

SUS DERECHOS

Esta autorización para divulgar la información sobre su salud es voluntaria (no es obligatoria).

El tratamiento, pago, inscripción o elegibilidad para beneficios no puede estar condicionado a la firma de esta autorización excepto en los siguientes casos:

- (1) para llevar a cabo tratamientos relacionados con investigación
- (2) para obtener información relacionada con la elegibilidad e inscripción en un plan de salud
- (3) para determinar la obligación de una entidad de pagar un reclamo
- (4) para crear información sobre la salud para proporcionársela a terceros

Esta autorización puede ser retirada y revocada (anulada) en cualquier momento. Usted puede revocar esta autorización llamando a servicios al miembro al (800) 863-4155 o enviándola por correo o por fax a:

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

La revocación entrará en vigor cuando la reciba PHC. Sin embargo, su anulación/revocación no afectará los derechos de cualquier persona que actúe bajo este consentimiento previo al aviso de la anulación/revocación.

Usted tiene derecho a recibir una copia de esta autorización.

Firma

Fecha

Nombre en letra de molde

Relación con el miembro