



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