

DECLARACIÓN DEL REPRESENTANTE AUTORIZADO – página 1 de 2 /
STATEMENT OF AUTHORIZED REPRESENTATIVE – Page 1 of 2

Entiendo que Kaiser Permanente no aplicará restricciones que pudieran afectar el tratamiento que recibo, los pagos que debo realizar, mi inscripción ni mi elegibilidad para obtener beneficios, independientemente de mi decisión de dar o no mi autorización.

PARTE A: Si desea autorizar a un tercero para que presente o solicite una reclamación, queja, revisión de Medicare o una apelación en su nombre, por favor complete la siguiente información. Si desea que esta persona obtenga Información médica protegida (PHI) sobre los tratamientos y la atención que usted recibe, marque abajo la(s) casilla(s) que corresponda(n), y usted y su representante firmen este formulario y escriban la fecha. **Por favor, envíe este formulario lleno a la oficina de Servicios a los Miembros encargada de su caso.**

Su nombre y dirección / Your Name and Address

Número de teléfono durante el día / Daytime Phone # ()	Número de teléfono alternativo / Alternate Phone # ()
Número de historia clínica / Medical Record #	Número de Medicare / Medicare #

PARTE B: Por medio de la presente, autorizo a la persona abajo mencionada para que me represente en cualquier asunto relacionado con la calidad de la atención o el servicio que he recibido de Kaiser Permanente, o para preguntas relacionadas con la cobertura de servicios o suministros que tengo derecho a recibir como miembro de Kaiser Foundation Health Plan, Inc. (KFHP). Entiendo que esta autorización es voluntaria y que, si así lo deseo, tengo el derecho de revocarla, por escrito, a KFHP y a mi representante designado. De ser así, ni KFHP ni mi representante designado estarán autorizados para usar o divulgar mi PHI, excepto en la medida en que KFHP o mi representante designado hayan actuado de conformidad con esta autorización.

Nombre de la persona designada / Name of Designated Person

Dirección / Address

Ciudad / City	Estado / State	Código postal / ZIP Code
Número de teléfono durante el día / Daytime Phone # ()	Número de teléfono durante la noche / Evening Phone # ()	

Autorizo a KFHP a revelar a la persona arriba mencionada información médica protegida sobre mi problema médico y la atención que recibo y/o información de pago. Esta información debe ser relevante a la solicitud presentada en el Departamento de servicio a los miembros el día _____ (fecha de la solicitud).

ESPECIFICAR EXPEDIENTES: Marque la casilla que corresponda y escriba sus iniciales para indicar qué datos autoriza para que se divulgen.

INFORMACIÓN MÉDICA _____
INICIALES / INITIAL

INFORMACIÓN PSIQUIÁTRICA _____
FIRMA / SIGNATURE FECHA / DATE

INFORMACIÓN SOBRE ALCOHOLISMO Y DROGADICCIÓN _____
FIRMA / SIGNATURE FECHA / DATE

RESULTADOS DE LA PRUEBA DE VIH _____
FIRMA / SIGNATURE FECHA / DATE

OTRA INFORMACIÓN MÉDICA (especificar abajo)

Indique qué expedientes pueden divulgarse: _____

Esta autorización entrará en vigencia inmediatamente y será válida hasta la resolución final de mi solicitud o el día _____ (indicar fecha), lo que suceda primero.

DECLARACIÓN DEL REPRESENTANTE AUTORIZADO – página 2 de 2 /
STATEMENT OF AUTHORIZED REPRESENTATIVE – Page 2 of 2

REVOCACIÓN: El miembro o paciente puede revocar, por escrito, esta autorización en cualquier momento. La revocación escrita entrará en vigencia a partir del momento en que se reciba, pero no afectará a quienes hayan revelado la información ni a otros que hayan actuado de conformidad con esta autorización.

NUEVA DIVULGACIÓN: Entiendo que quien recibe la información no podrá utilizarla ni divulgarla legalmente a menos que obtenga una nueva autorización de mi parte, o bien que este uso o divulgación sea específicamente requerido o contemplado por la ley.

Su firma / Your Signature: _____

Fecha / Date: _____

PARTE C:

Tengo permiso para firmar esta autorización en nombre de _____ basada en:	
<input type="checkbox"/> Autoridad legal (poder notarial, etc.)	<input type="checkbox"/> Designación escrita por parte del miembro
<input type="checkbox"/> Padre/madre, tutor u otro individuo in loco parentis	

Representante autorizado / Authorized Representative: _____

Fecha / Date: _____

El paciente tiene derecho a obtener una copia de este formulario. /
Patient has a right to a copy of this form.