

# FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN DEL MIEMBRO



Inland Empire Health Plan

Yo, \_\_\_\_\_, designo a \_\_\_\_\_ como mi representante autorizado, para actuar en mi nombre con respecto a los servicios de Inland Empire Health Plan (IEHP) que se describen a continuación.

## INFORMACIÓN DEL MIEMBRO:

**OBLIGATORIO**

Nombre del Miembro      N° de identificación del Miembro o N° de Seguro Social      Fecha de Nacimiento del Miembro

## INFORMACIÓN DEL REPRESENTANTE AUTORIZADO:

**OBLIGATORIO**

Nombre del Representante Autorizado      Relación o Parentesco con el Miembro

Domicilio del Representante Autorizado      Número de Teléfono del Representante Autorizado para Llamar Durante el Día

## SERVICIOS AUTORIZADOS (seleccione alguna o todas las opciones siguientes que sean aplicables):

**OBLIGATORIO**

Este nombramiento permite que mi Representante Autorizado actúe en mi nombre para los siguientes servicios para Miembros de IEHP:

- Solicitar mi Información Protegida de Salud
- Cambiar mi Doctor de Cuidado Primario (*Primary Care Physician, PCP*)
- Cambiar mi Asociación de Médicos Independientes (*Independent Physician Association, IPA*) o Grupo Médico asignados
- Presentar una Queja Formal o una Apelación (solamente para Medi-Cal)
- Cambiar mi información demográfica como Miembro (domicilio, número telefónico, etc.)
- Otro: \_\_\_\_\_

## OBJETIVO Y DERECHOS DEL MIEMBRO:

**OBLIGATORIO**

Al completar este nombramiento, estoy de acuerdo en que mi representante autorizado actúe en mi nombre con respecto a los servicios para Miembros de IEHP que se seleccionaron anteriormente.

IEHP y mi representante autorizado únicamente pueden compartir la mínima Información Protegida de Salud (*Protected Health Information, PHI*) que sea necesaria y otros aspectos privados para prestar los servicios de IEHP.

Entiendo que no tengo que firmar este Nombramiento y que es completamente voluntario. El hecho de que me niegue a firmar no afectará mi capacidad para obtener tratamiento, un pago o la elegibilidad para recibir beneficios. Entiendo que tengo derecho a recibir una copia. Además, entiendo que si la información proporcionada en esta Autorización se divulga (se otorga) a otra persona o agencia, es posible que ya no esté protegida por la ley federal de confidencialidad (Ley de Transferibilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos [*Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA*]). Sin embargo, la ley de California no permite que la persona que reciba la información de salud por medio de esta Autorización la divulgue, a menos que yo otorgue una nueva Autorización para tal divulgación, o a menos que la ley exija o permita específicamente tal divulgación.

Entiendo que puedo suspender (revocar) este nombramiento en cualquier momento,

enviando una solicitud por escrito a IEHP a:

Inland Empire Health Plan | Attn: Member Services

P.O. Box 1800 | Rancho Cucamonga, CA 91729

Fax: 909-890-5877 | Correo electrónico: [MemberServices@iehp.org](mailto:MemberServices@iehp.org)

Este Nombramiento es efectivo inmediatamente y permanecerá vigente por el transcurso de un año a partir de la fecha de la firma, o como se indica aquí: \_\_\_\_\_ (fecha de finalización).

**EXCLUSIVAMENTE PARA USO INTERNO**

La autorización contiene Información Privilegiada y Confidencial.

Rev. 3/2019

# FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN DEL MIEMBRO



## ACEPTACIÓN DEL REPRESENTANTE AUTORIZADO:

**OBLIGATORIO**

Leí este formulario y entiendo que:

- el Miembro de IEHP puede revocar este nombramiento en cualquier momento y designar a otro(s) individuo(s) para que actúe(n) como su representante autorizado;
- no tengo facultades para actuar en nombre del Miembro, excepto para los servicios de IEHP que se mencionaron anteriormente;
- no puedo transferir o reasignar mi nombramiento.

Certifico que:

- nunca he sido objeto de una descalificación, suspensión o prohibición para recibir servicios profesionales ante la Administración del Seguro Social (*Social Security Administration*) o el Departamento de Salud y Servicios Humanos (*Department of Health and Human Services*).
- No estoy, en calidad de empleado actual o anterior de los EE. UU., descalificado para actuar como el representante autorizado del Miembro

Al firmar a continuación, acepto por medio del presente documento, este nombramiento:

Firma del Representante Autorizado

Fecha

## FIRMA DEL MIEMBRO:

**OBLIGATORIO**

Al firmar a continuación, autorizo por medio del presente documento, este nombramiento:

Firma del Miembro

Fecha

**POR FAVOR, CONTESTE TODAS LAS SECCIONES, FIRME Y DEVUELVA ESTE FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN DEL MIEMBRO A:**

**Inland Empire Health Plan | Attn: Member Services  
P.O. Box 1800 | Rancho Cucamonga, CA 91729  
Fax: 909-890-5877  
Correo electrónico: [MemberServices@iehp.org](mailto:MemberServices@iehp.org)**