



## Designación de un representante autorizado

Llene este formulario si quiere designar a una persona para que actúe en su nombre. Asegúrese de llenar todas las secciones obligatorias. Envíenoslo por fax al **855-347-7239** o por correo postal a:

Kaiser Permanente  
Member Relations  
500 NE Multnomah St., Suite 100  
Portland, OR 97232-2099

### PARTE A: Información del paciente/miembro (obligatoria)

Nombre	Apellido	
Dirección		
Ciudad	Estado	Código postal
Teléfono diurno	Teléfono alternativo	Número de historia clínica

### PARTE B: Información del representante autorizado (obligatoria)

Nombre	Apellido	
Dirección		
Ciudad	Estado	Código postal
Teléfono diurno	Teléfono alternativo	

### PARTE C: Información médica protegida (obligatoria)

Kaiser Permanente puede compartir información médica protegida sobre mi afección médica, tratamiento o pago con mi representante autorizado. Entiendo que Kaiser Permanente solo compartirá información relacionada con mi queja informal, apelación o reclamo. De manera específica, Kaiser Permanente podrá compartir: **(marque al menos una opción):**

Historias clínicas/información  Drogas/alcohol  Atención de salud del comportamiento/mental

Resultados de la prueba de VIH

Atención reproductiva (solo menores de edad) MENORES: Se requiere la firma del paciente menor de edad para divulgar la siguiente información (1) afecciones relacionadas con la atención reproductiva del menor de edad, incluidas, entre otras, anticoncepción, embarazo e interrupción del embarazo, y enfermedades de transmisión sexual (a partir de los 14 años de edad), (2) abuso de alcohol o sustancias (a partir de los 13 años de edad), y (3) trastornos de salud mental (a partir de los 13 años de edad).

Otro (especifique): \_\_\_\_\_ O

Kaiser Permanente no puede compartir información médica protegida con mi representante autorizado.

SU FIRMA: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_

(Firme aquí Y en la Parte D)

## PARTE D: Firma (obligatoria)

Autorizo a la persona designada en la Parte B a representarme en relación con las inquietudes sobre mi atención o cobertura. Entiendo que firmar este formulario es un acto voluntario y que no es necesario que lo firme para recibir tratamiento, pago, inscripción o beneficios. Tengo derecho a retirar esta autorización en cualquier momento mediante una notificación por escrito dirigida a Kaiser Permanente. Entiendo que, si retiro esta autorización, no se verá afectada ninguna acción que haya ocurrido antes de hacerlo. Entiendo que este formulario solo es válido hasta que se resuelva mi caso. Si presento un nuevo caso, deberé llenar otro formulario de designación de representante autorizado.

**SU FIRMA:** \_\_\_\_\_ **FECHA:** \_\_\_\_\_

**(Marque una opción)**

- Soy el paciente/miembro.
- El paciente/miembro es mi hijo menor de edad (menor de 18 años de edad).
- Tengo autoridad para firmar este formulario en nombre del paciente/miembro.

**(Si marca esta opción, llene la Parte E, a continuación)**

## PARTE E: Representante legal/tutor legal designado

Llene esta sección si es el representante legal que firma este formulario en nombre del paciente/miembro. **Debe incluir una copia de una orden judicial u otro documento en el cual se refleje su autoridad para actuar en nombre del paciente/miembro, como un poder legal para la atención médica.**

Nombre del representante legal

Apellido del representante legal

Dirección

Ciudad

Estado

Código postal

Teléfono diurno

Teléfono alternativo

Relación legal con el miembro

Adjunto el siguiente documento en el cual se refleja mi autoridad para actuar en nombre del paciente/miembro: **(describa brevemente)** \_\_\_\_\_

**FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL:** \_\_\_\_\_

**FECHA:** \_\_\_\_\_