



Formulario de nombramiento del representante autorizado (AOR)

Como miembro de Alameda Alliance for Health (Alliance), tiene derecho a autorizar (dar) a un amigo, familiar u otra persona que identifique el acceso a cierta información médica sobre usted.

Para ejercer este derecho de miembro, tiene que **completar todos los campos** de este formulario y enviarlo por correo postal, fax o correo electrónico a:

Alameda Alliance for Health
ATTN: Member Services Department
1240 South Loop Road
Alameda, CA 94502
Fax : **1.877.747.4504**
Correo electrónico: memberservices@alamedaalliance.org

Parte A: Díganos sobre usted

Miembro de Alliance:

Apellido: _____ Nombre: _____
Número de teléfono: _____ Número de identificación de miembro de Alliance: _____
Dirección: _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Parte B: Díganos sobre su representante

Nombre del representante autorizado:

Apellido: _____ Nombre: _____
Número de teléfono: _____ Parentesco con el miembro: _____
Dirección: _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Parte C: Mi representante puede hacer lo siguiente

Este nombramiento permite que mi representante autorizado actúe en mi nombre para los siguientes servicios de Alliance:

- Cambiar mi médico/grupo médico
- Presentar un reclamo o una apelación
- Ordenar una tarjeta de identificación de miembro de Alliance nueva
- Hablar con Alliance en mi nombre para ayudar en la coordinación de mi atención médica

Parte D: Lea y firme

ACEPTACIÓN DEL REPRESENTANTE AUTORIZADO

He leído este formulario y entiendo que:

- El Miembro de Alliance puede revocar este nombramiento en cualquier momento y designar a otra(s) persona(s) para que actúen como su representante autorizado.
- No tengo ningún otro poder para actuar en nombre del Miembro, excepto para los servicios de Alliance, como se indica anteriormente en la Parte C.
- No puedo transferir o reasignar mi nombramiento.
- Puedo suspender (revocar) este nombramiento en cualquier momento enviando una solicitud por escrito a Alliance.
- Acepto obedecer todas las leyes estatales y federales que rigen a los representantes autorizados. Incluyendo, entre otras, leyes sobre la privacidad de la información, reglas contra la reasignación de reclamos de proveedores y conflictos de interés.

Al firmar a continuación, acepto este nombramiento:

Firma del representante autorizado: _____ Fecha: _____

PROPÓSITO Y DERECHOS DE LOS MIEMBROS

He leído este formulario y entiendo que:

- Al completar este nombramiento, acepto que mi representante autorizado actúe en mi nombre para los servicios seleccionados anteriormente en la Parte C.
- Mis derechos y responsabilidades como miembro de Alliance no cambian porque tengo un representante autorizado.
- Entiendo que una vez que la información se divulga de conformidad con esta autorización, el destinatario puede volver a divulgarla y es posible que la información no esté protegida por las normas de privacidad federales o estatales.
- Sé que puedo suspender (revocar) este nombramiento en cualquier momento enviando una solicitud por escrito a Alliance a:

Alameda Alliance for Health
ATTN: Member Services Department
1240 South Loop Road
Alameda, CA 94502
Fax: **1.877.747.4504**

Al firmar a continuación, autorizo este nombramiento, efectivo a partir de la fecha de la firma:

Firma: _____ Fecha: _____

Relación si firma en nombre del miembro: _____

Si firma en nombre del miembro, tiene que proporcionar documentación que lo autorice a ser el representante personal del miembro junto con este formulario. (Por ejemplo, un poder notarial de atención médica, cartas de tutela de adulto, etc.)