



Formulario de designación de representante autorizado (AOR) y autorización para la divulgación de información de salud protegida

Como miembro de Alameda Alliance for Health (Alliance), puede elegir a una persona como su representante autorizado (Authorized Representative, AOR). Su AOR puede comunicarse con nosotros en su representación. Nosotros trabajaremos con esta persona de la misma manera en que lo haríamos con usted. Su AOR puede representarlo en la mayoría de los asuntos relacionados con la atención médica, así como recibir y revelar su información de salud personal (Personal Health Information, PHI). Complete este formulario para solicitar un AOR.

INSTRUCCIONES

1. Escriba claramente con letra de molde o a máquina en los siguientes campos.
2. Envíe de vuelta por correo o fax el formulario completo a:
Alameda Alliance for Health
ATTN: Member Services Department
1240 South Loop Road
Alameda, CA 94502
Fax: **1.877.747.4504**

SECCIÓN 1: INFORMACIÓN DEL MIEMBRO (OBLIGATORIO)

MIEMBRO DE ALLIANCE:

APELLIDO: _____ NOMBRE: _____

PADRE O TUTOR DEL MIEMBRO DE ALLIANCE (SI CORRESPONDE)

APELLIDO: _____ NOMBRE: _____

NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN DE MIEMBRO DE ALLIANCE: _____ FECHA DE NACIMIENTO (MM/DD/AAAA): _____

DE ALLIANCE: _____

NÚMERO DE TELÉFONO DE LA CASA: _____ NÚMERO DE TELÉFONO CELULAR: _____

DIRECCIÓN: _____

CIUDAD: _____ ESTADO: _____ CÓDIGO POSTAL: _____

FIRMA: _____ FECHA: _____

ESTE FORMULARIO CONTINÚA EN LA SIGUIENTE PÁGINA.

SECCIÓN 2: TIPO DE INFORMACIÓN DEL MIEMBRO AUTORIZADA (OBLIGATORIO)

- Autorizo el uso y la divulgación de cualquier tipo de PHI, incluida la información sobre los proveedores de atención, los diagnósticos, los procedimientos, la información demográfica, los reclamos de cobertura o beneficios, y la recepción de cualquier aprobación o autorización que se requiera para obtener servicios médicos. **Esto también incluye información sobre la salud mental, el abuso de drogas o alcohol, e información relacionada con el VIH/SIDA, a menos que sea excluida a continuación:**
- excluir información relacionada con el VIH/SIDA
 - excluir información relacionada con la salud mental
 - excluir información sobre el abuso de drogas o alcohol
 - excluir otro tipo de información: _____

Importante: Esta autorización no le otorga al representante la autoridad en cuanto al tratamiento o a las decisiones sobre la atención directa. Tampoco modifica la forma en que Alliance procesa sus servicios de atención médica.

SECCIÓN 3: USO Y/O DIVULGACIÓN AUTORIZADOS (OBLIGATORIO)

Seleccione cada casilla para confirmar que ha leído y entendido cada condición.

- Designo a la persona cuyo nombre aparece a continuación para que actúe como representante mío o de mi hijo.
- Autorizo al representante para que reciba, discuta y divulgue la PHI.
- Reconozco que mi autorización es un acto voluntario.
- Comprendo que puedo cancelar esta autorización en cualquier momento a través de un aviso por escrito enviado a Alliance.
- Esta designación tiene efectividad inmediata y tendrá vigencia durante **un (1) año** desde la fecha de la firma, o según se indique aquí: _____ (fecha de finalización).

SECCIÓN 4: INFORMACIÓN DEL REPRESENTANTE AUTORIZADO Y ACEPTACIÓN DE LA DESIGNACIÓN (OBLIGATORIO)

Al llenar este formulario, acepto la designación mencionada anteriormente.

NOMBRE DEL REPRESENTANTE AUTORIZADO: _____

NOMBRE DE LA ORGANIZACIÓN (SI CORRESPONDE): _____

NÚMERO DE TELÉFONO DE LA CASA: _____ NÚMERO DE TELÉFONO CELULAR: _____

DIRECCIÓN: _____

CIUDAD: _____ ESTADO: _____ CÓDIGO POSTAL: _____

FIRMA: _____ FECHA: _____



¿Tiene preguntas? Llame al Departamento de Servicios al Miembro de Alliance.

Número de teléfono: **1.510.747.4567**

Línea gratuita: **1.877.932.2738**

Personas con impedimentos auditivos y del habla (CRS/TTY): **711/1.800.735.2929**

www.alamedaalliance.org