

Usted puede decidir que una persona sea su representante para comunicarse con Santa Clara Family Health Plan (SCFHP) en su nombre. Su representante personal puede actuar en su nombre en la mayoría de los asuntos relacionados con su atención médica, y puede usar, recibir, y divulgar su Información médica protegida.

Si tiene alguna pregunta, llame a Servicios al Miembro al **1-800-260-2055**. Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al **711**. Devuelva el formulario a: **Attn: Customer Service, Santa Clara Family Health Plan, PO Box 18880, San Jose, CA 95158**, o envíelo por fax al **1-408-874-1965**.

Sección 1 – Nombramiento del representante

Para que lo complete el miembro o el padre/madre/tutor del menor de edad.

Nombre del miembro:		
Identificación del miembro:		Fecha de nacimiento:
Número de teléfono:		
Dirección:		
Nombre del padre/madre/tutor del menor de edad:		
Firma del miembro o del padre/madre/tutor del menor de edad:		
Fecha: _____		

Sección 2 – Uso y/o divulgación autorizados

Marque cada casilla para confirmar que ha leído cada condición.

- Autorizo al representante para presentar cualquier petición, presentar y obtener información sobre apelaciones y quejas, recibir cualquier aviso con relación a mis apelaciones o servicios de cuidado de la salud, completamente en mi representación.
 - Reconozco que mi autorización es voluntaria. Comprendo que puedo revocar este nombramiento en cualquier momento al brindar un aviso por escrito a Servicios al Miembro de SCFHP, PO Box 18880, San Jose, CA 95158.
 - Este nombramiento de representante vence el (ingrese el día/mes/año) _____**
(Si no se proporciona la fecha de vencimiento, este nombramiento estará vigente hasta que se anule por escrito).
 - Autorizo a SCFHP para que divulgue toda mi Información médica personal y/o mi Información médica identificable a mi representante nombrado para que él o ella actúe en mi nombre y/o en nombre de mi hijo(a).
- O
- Esta autorización se limita a: _____

Este formulario continua en la siguiente página.

Sección 3 – Aceptación del nombramiento

Para que lo complete(n) el(los) representante(s).

Yo (Nosotros) por este medio acepto (amos) el anterior nombramiento.

Nombre del Representante autorizado N.º 1: _____

Nombre de la organización (si aplica): _____

Estado Profesional/Relación: _____

Número de teléfono: _____

Dirección: _____

Firma del Representante autorizado N.º 1: _____

Fecha: _____

Nombre del Representante autorizado N.º 2: _____

Nombre de la organización (si aplica): _____

Estado Profesional/Relación: _____

Número de teléfono: _____

Dirección: _____

Firma del Representante autorizado N.º 2: _____

Fecha: _____

INTERNAL USE ONLY

Received by (Print name): _____ Extension: _____

Date/time received: _____