

# Formulario de Autorización del Miembro

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

**INFORMACIÓN DEL MIEMBRO:** **OBLIGATORIO**

Nombre del miembro    No. de identificación del miembro o No. del Seguro Social (SSN)    Fecha de nacimiento del miembro

**INFORMACIÓN DEL REPRESENTANTE AUTORIZADO:** **OBLIGATORIO**

Nombre del representante autorizado    Parentesco con el miembro

Domicilio del Representante autorizado    No. de teléfono del representante autorizado para llamar durante el día

**SERVICIOS AUTORIZADOS** (seleccione uno o todos los siguientes): **OBLIGATORIO**

Este nombramiento permite que mi representante autorizado actúe en mi nombre en relación con los siguientes servicios para miembros de IEHP:

- Solicitar mi información médica protegida
- Cambiar mi Médico de Atención Primaria (*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 (solo para Medi-Cal)
- Cambiar mi información demográfica de miembro (domicilio, número telefónico, etc.)
- Otro: \_\_\_\_\_

**PROPÓSITO Y DERECHOS DEL MIEMBRO:** **OBLIGATORIO**

Al completar este nombramiento, acepto que mi representante autorizado actúe en mi nombre en relación con los servicios para miembros de IEHP arriba seleccionados.

IEHP y mi representante autorizado únicamente pueden compartir la mínima información médica protegida (*Protected Health Information, PHI*) que sea necesaria y otros datos privados para prestar los servicios de IEHP. Entiendo que no tengo que firmar este nombramiento y es completamente voluntario. El hecho de que me niegue a firmarlo 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 da) 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.

Estoy consciente de 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

Este nombramiento es efectivo inmediatamente y permanecerá en vigor por el transcurso de un año a partir de la fecha de la firma o en la que se indica aquí: \_\_\_\_\_ (fecha de finalización).

# Formulario de Autorización del Miembro

**ACEPTACIÓN DEL REPRESENTANTE AUTORIZADO:**

**OBLIGATORIO**

Leí este formulario y entiendo lo siguiente:

- el miembro de IEHP puede revocar este nombramiento en cualquier momento y nombrar a otra(s) persona(s) para que actúe(n) como su(s) representante(s) autorizado(s);
- no tengo ninguna otra facultad para actuar en nombre del miembro, excepto para los servicios de IEHP arriba mencionados;
- no puedo transferir o reasignar mi nombramiento.

Certifico que:

- nunca se me ha descalificado, suspendido o prohibido ejercer ante la Administración del Seguro Social 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 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

**COMPLETE TODAS LAS SECCIONES, FIRME Y ENVÍE ESTE  
FORMULARIO 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)

**EXCLUSIVAMENTE PARA USO INTERNO**

*La autorización contiene información privilegiada y confidencial.*

*Modif. 10-2023*