

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.)
- ☐ Completar las Evaluaciones de Riesgos para la Salud u otras Evaluaciones para ayudar en mi plan de atención.
- ☐ 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.

Formulario de Autorización del Miembro

OBLIGATORIO

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).

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

EXCLUSIVAMENTE PARA USO INTERNO

La autorización contiene información privilegiada y confidencial.

©2025 Inland Empire Health Plan. Una Entidad Pública. Todos los Derechos Reservados. MS_25_6779440_SP

Modif. 07-2025

Página 2 de 2