



Designación de representante

Use este formulario para autorizar a Blue Shield of California, Blue Shield of California Life & Health Insurance Company, y a sus socios comerciales (en conjunto, "Blue Shield") a permitir una designación de representante en relación con mi apelación o queja. Autorizo a esta persona a realizar cualquier solicitud, a presentar u obtener evidencia, a obtener información relacionada con apelaciones y a recibir cualquier aviso relacionado con mi reclamo, apelación, queja o solicitud en mi total representación. Entiendo que la información médica personal relacionada con mi solicitud puede ser revelada al representante indicado a continuación.

1. Persona que designa a un representante ("Miembro")

Nombre del miembro:

Dirección del miembro:

Número de identificación de suscriptor:

Fecha de nacimiento:

2. ¿Quién es el representante designado?

Nombre del receptor:

Dirección del receptor:

Relación del receptor con el miembro:

3. ¿Cuál es el propósito de completar este formulario? (Marque una opción)

Designar un representante

Revocar una designación de representante ya existente

4. Vencimiento y revocación.

Esta Designación de representante tendrá vigencia durante un año a partir de la fecha en la que usted lo firme (debajo), a menos que se especifique una fecha diferente aquí:

___/___/___

Usted tiene derecho a revocar esta Designación de representante en cualquier momento por medio de una notificación por escrito a Blue Shield. La revocación de esta Designación de representante no afectará la información que usemos o divulguemos antes de recibir su solicitud de revocación. Si esta Designación de representante es otorgada por el padre/la madre o el tutor legal en nombre de un menor, vencerá cuando el menor cumpla los 18 años.

5. Firma del miembro y representante

He leído este formulario y comprendo y acepto los términos. Ordeno a Blue Shield of California autorizar una designación de representante para usar o divulgar información al receptor indicado de acuerdo con lo manifestado anteriormente. Esto puede incluir información sobre la salud, como el abuso de sustancias, la salud mental, la salud del comportamiento, las pruebas genéticas y la condición con respecto al VIH/sida. Comprendo que una vez que se divulgue mi información, el receptor podría volver a divulgarla y es posible que deje de estar protegida por las leyes de privacidad, incluida la Ley federal de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud de 1996.

Entiendo que Blue Shield no puede condicionar el pago, la inscripción en un plan de salud ni la elegibilidad para beneficios al hecho de que yo firme o no esta Designación de representante.

Firma del miembro

Fecha

Nombre del miembro (letra de molde)

Al firmar a continuación, doy constancia de que he leído este formulario y por medio del presente acepto la designación antes mencionada.

Firma del representante

Fecha

Nombre del representante (letra de molde)

Representantes legales o tutores

Si este formulario es firmado por una persona que no es el miembro o el padre/la madre de un menor, por ejemplo, un representante personal/legal, tutor o albacea, **usted debe proporcionar también la documentación legal** que muestre su autoridad para actuar en nombre del miembro (o a la sucesión del miembro) para divulgar información médica protegida. Dicha documentación puede incluir, por ejemplo:

1. Poder notarial duradero para atención médica
2. Documentación vigente y válida de una tutoría ordenada por un tribunal; u
3. Otra documentación legal válida que indique su autoridad para actuar en nombre del miembro (o de la sucesión del miembro)

Nombre del representante (letra de molde): _____

Relación con el miembro: _____

Tipo de documentación presentada: _____

Guarde una copia del formulario de Designación de representante para sus registros

Envíe el formulario de Designación de representante llenado y firmado a:

Blue Shield of California Customer Care
P.O. Box 272540
Chico, CA 95927-2540

The company complies with applicable state laws and federal civil rights laws and does not discriminate, exclude people, or treat them differently on the basis of race, color, national origin, ethnic group identification, medical condition, genetic information, ancestry, religion, sex, marital status, gender, gender identity, sexual orientation, age, mental disability, or physical disability.

La compañía cumple con las leyes de derechos civiles federales y estatales aplicables, y no discrimina, ni excluye ni trata de manera diferente a las personas por su raza, color, país de origen, identificación con determinado grupo étnico, condición médica, información genética, ascendencia, religión, sexo, estado civil, género, identidad de género, orientación sexual, edad, ni discapacidad física ni mental.

本公司遵守適用的州法律和聯邦民權法律，並且不會以種族、膚色、原國籍、族群認同、醫療狀況、遺傳資訊、血統、宗教、性別、婚姻狀況、性別認同、性取向、年齡、精神殘疾或身體殘疾而進行歧視、排斥或區別對待他人。