



Formato de nombramiento del representante autorizado y Autorización para la divulgación de información protegida de salud.

Usted puede escoger a una persona, su representante, para que se comunique con Alameda Alliance for Health (Alliance) en su nombre. Nosotros trabajaremos con esta persona de la misma manera que lo haríamos con usted. Su representante puede actuar por usted en la mayoría de los asuntos relacionados con la atención médica, así como recibir y revelar su información de salud personal.

Sección 1: Autorización individual de divulgación

Nombre del miembro o padre/tutor que autoriza la divulgación

Firma del miembro o padre/tutor que autoriza la divulgación

Fecha

Dirección

Ciudad

Estado

Teléfono

Sección 2: Miembro de Alliance

Nombre del miembro de Alliance

Número de identificación del miembro de Alliance

Sección 3: Tipo de información

Autorizo el uso y la divulgación de cualquier información de salud personal, incluida la información sobre los proveedores de atención, los diagnósticos, los procedimientos, la información demográfica, las reclamaciones de cobertura o beneficios, y la recepción de cualquier aprobación o autorización requerida para obtener servicios médicos. **Esto también incluye, si corresponde, información sobre la salud mental, el abuso de drogas o alcohol, e información relacionada con el SIDA.**

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

Sección 4: Uso y/o divulgación autorizados

Yo designo a la persona cuyo nombre aparece a continuación para que actúe como representante mío y/o de mi hijo menor (el miembro de Alliance que se indicó anteriormente). Yo autorizo al representante para que reciba, discuta y divulgue información de salud personal. Reconozco que mi autorización es un acto voluntario. Comprendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento a través de un aviso por escrito enviado a Alliance a la dirección que aparece a continuación.

Sección 5: Aceptación del nombramiento

Acepto el nombramiento anterior

Nombre del representante autorizado

Nombre de la empresa

Firma del representante autorizado

Fecha

Dirección

Ciudad

Estado

Teléfono

Regrese este formato a: Attn: Care Coordination
Alameda Alliance for Health
1240 South Loop Road
Alameda, CA 94502

También puede enviar el formato por fax al:
1-855-891-7172