

Si decide que una persona sea su representante para comunicarse con Valley Health Plan (VHP) en su nombre, complete las secciones 1-3 a continuación. Su representante personal puede actuar en su nombre en la mayoría de los asuntos de atención de la salud y puede usar, recibir y divulgar su información médica protegida.

Si tiene alguna pregunta, llame a Servicios de Atención para Miembros al **1-888-421-8444**. Para los usuarios de TTY/TDD, utilice **711** o envíe un correo electrónico a **MemberServices@vhp.sccgov.org**. Envíe el formulario completo a **A/A: Member Services, Valley Health Plan, 2480 N. First Street Suite 160, San José, CA 95131** o por fax al **1-408-885-4425**.

## Sección 1: Nombramiento del representante

Debe ser completado por el miembro o el padre, la madre o el tutor del menor.

Nombre del miembro: _____	
ID de miembro: _____	Fecha de nacimiento: _____
Número de teléfono: _____	
Dirección: _____	
Nombre del padre, la madre o tutor del menor: _____	
Firma del miembro o del padre, la madre o tutor del menor: _____	
Fecha: _____	

## Sección 2: Uso y/o divulgación autorizados

Marque todas las casillas para confirmar que ha leído cada condición.

<input type="checkbox"/> Autorizo al representante a hacer cualquier solicitud, presentar y obtener información sobre apelaciones y reclamaciones, a recibir cualquier notificación en relación con mi apelación o servicios de atención de la salud, totalmente en mi lugar y representación.
<input type="checkbox"/> Reconozco que mi autorización es voluntaria. Entiendo que puedo revocar este nombramiento en cualquier momento mediante notificación por escrito a VHP Member Services, 2480 N. First Street Suite 160, San José, CA 95131.
<input type="checkbox"/> <b>La designación de este representante caduca el (introducir mes/día/año) _____</b> <b>(Si no se especifica una fecha de vencimiento, esta designación tendrá efecto hasta que se revoque por escrito).</b>
<input type="checkbox"/> Autorizo a VHP/DMHC a divulgar cualquier información médica personal y/o información médica identificable a mi representante designado para que actúe en mi nombre y/o el de mi hijo/a.
<b>O</b>
<input type="checkbox"/> Esta autorización se limita a: _____

**Sección 3: aceptación de la cita**

La debe(n) completar el/los representante(s).

Por la presente, acepto (aceptamos) la cita mencionada anteriormente.

Nombre del representante autorizado n.º 1: \_\_\_\_\_

Nombre de la organización (si corresponde): \_\_\_\_\_

Relación/Estado profesional: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Adjunto mi poder notarial para decisiones sobre atención de la salud u otro documento legal (marque si corresponde)

Firma del representante autorizado n.º 1: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre del representante autorizado n.º 2: \_\_\_\_\_

Nombre de la organización (si corresponde): \_\_\_\_\_

Relación/Estado profesional: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Adjunto mi poder notarial para decisiones sobre atención de la salud u otro documento legal (marque si corresponde)

Firma del representante autorizado n.º 2: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_