

SAN FRANCISCO HEALTH AUTHORITY

FORMULARIO DE NOMBRAMIENTO DE REPRESENTANTE PERSONAL

Las leyes federales requieren que San Francisco Health Plan (SFHP) proteja la privacidad de información que lo identifica y se relacione a sus condiciones y salud física y mental pasada, presente y futura ("información médica protegida").

Cuando se completa este formulario designa a un Representante Personal de su elección. Su Representante Personal estará autorizado para tomar decisiones de atención médica o para hacer solicitudes en su nombre. Su Representante Personal podrá usar y divulgar su información médica protegida. Si no proporciona *toda* la información solicitada, esta autorización podría quedar sin efecto.

AVISO DE DERECHOS Y OTRA INFORMACIÓN

- Comprendo que no tengo que completar este formulario para SFHP a menos que desee nombrar a un representante personal. El nombramiento de Representante Personal es voluntario y puedo rehusarme a firmar esto.
- SFHP no supeditaré el tratamiento, pago, inscripción o elegibilidad para obtener beneficios a la firma de esta autorización
- Puedo revocar esta autorización en cualquier momento. La revocación podría ser verbal o por escrito. Comprendo que la revocación a la Representación Personal no aplicará a ninguna información que ya haya sido divulgada de conformidad con esta autorización.
- La divulgación de información según esta autorización podría ser divulgada de nuevo por el receptor y puede ser que ya no esté protegida por las leyes federales de confidencialidad.
- Comprendo y acepto que esta autorización continuará teniendo validez mientras me encuentre inscrito en un SFHP, quedando sujeto a todos los otros parámetros definidos en esta autorización, incluso la fecha de vencimiento y a mi derecho de revocar esta autorización en cualquier momento.
- SFHP podría elegir no tratar a la persona designada como mi Representante Personal si considera de manera razonable que: 1) estoy sujeto a violencia doméstica, abuso o negligencia de parte de esa persona, 2) al tratar a esta persona como mi Representante Personal podría ponerme en peligro, o 3) en ejercicio de criterio profesional SFHP decide que no es para mi mejor interés tratar a la persona designada como mi representante personal.
- Tengo derecho de recibir una copia de esta autorización si la solicito.

Después de firmar, haga una copia de esta autorización para sus registros y luego envíela por correo o por fax a:

**San Francisco Health Plan
Attn: Compliance Officer
P.O. Box 194247
San Francisco, CA 94119
Fax: 1(415) 547-7825**

INFORMACIÓN PARA EL NOMBRAMIENTO DE UN REPRESENTANTE PERSONAL

Por este medio nombre mi Representante Personal de la siguiente forma::

Información del miembro:

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

Dirección: _____

Ciudad, estado, código postal: _____ Número de teléfono: _____

Plan de salud: _____ Número de ID: _____

Información del Representante Personal:

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

Dirección: _____

Ciudad, estado, código postal: _____ Número de teléfono: _____

Relación con el Miembro: _____

Esta autorización aplica a la siguiente información médica protegida y a las decisiones de atención médica relacionadas (seleccione solo uno de los siguientes):

- Toda la información médica protegida y las decisiones de atención médica para cualquier antecedente médico, afección física, mental y tratamiento recibido, *incluido* el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (AIDS) o las pruebas de HIV , asesoría o tratamiento, tratamiento para el abuso de alcohol o de sustancias, servicios atención conductual y de salud mental y servicios de planificación familiar.
- Toda la información médica protegida y las decisiones de atención médica para cualquier antecedente médico, afección física, mental y tratamiento recibido, *excepto* el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (AIDS) o las pruebas de HIV , asesoría o tratamiento, tratamiento para el abuso de alcohol o de sustancias, servicios atención conductual y de salud mental y servicios de planificación familiar.
- Solo los siguientes tipos de información médica protegida y decisiones de atención médica (incluida cualquier fecha): _____

FECHA DE ENTRADA EN VIGENCIA

El nombramiento del representante personal entra en vigencia el _____, y la fecha de vencimiento será el _____. (Escriba "N/A" si no desea no que la autorización del representante personal venza en la fecha establecida. **Recuerde: usted puede revocar la autorización del representante personal en cualquier momento**).

FIRMA DEL MIEMBRO Y DEL REPRESENTANTE PERSONAL

Fecha: _____ Hora: _____ AM/PM

Firma: _____
(Miembro)

Fecha: _____ Hora: _____ AM/PM

Firma: _____
(Representante Personal)

Si tiene deficiencia auditiva, llame a la línea de TDD/TTY al **1(415) 547-7830**, al número de llamada gratuita **1(888) 883-7347** o por medio de California Relay Service al **711**. Puede solicitar este documento en otros formatos, como Braille, letra grande y audio. Para solicitar otros formatos o para solicitar ayuda con la lectura de este documento y otros materiales de SFHP, llame a Atención al Cliente al **1(415) 547-7800** o al número de llamada gratuita al **1(800) 288-5555**.