



**FORMULARIO DE ACUERDO SOBRE REPRESENTANTE PERSONAL  
DE LA SAN FRANCISCO HEALTH AUTHORITY**

Las leyes federales requieren que San Francisco Health Plan (SFHP) proteja la privacidad de la información que lo identifica y que se relaciona con sus condiciones y salud mental y física pasadas, presentes y futuras (“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.

Completar este formulario también da permiso a la persona para actuar como su representante autorizado para una queja o apelación, incluidos los derechos de revisión externa que están disponibles para usted.

**Complete toda la información de este formulario. No recibirá un Representante personal si falta información en el formulario. San Francisco Health Plan (SFHP) mantiene su información de salud segura y privada.**

- Usted está de acuerdo en que quiere un representante personal. Entiende que no necesita firmar este formulario. Está de acuerdo en firmar este formulario solo si decide tener un Representante personal.

SFHP no impondrá ni supeditará el tratamiento, pago, inscripción o elegibilidad para obtener beneficios a la firma de esta autorización. Puede revocar esta autorización en cualquier momento. Puede revocarla verbalmente o por escrito. Comprende que la revocación a la Representación personal no aplicará a ninguna información que ya haya sido divulgada de conformidad con esta autorización.

- SFHP no compartirá su información médica sobre servicios delicados con nadie sin su autorización por escrito. Usted no necesita el permiso de otra persona para obtener servicios delicados o para presentar una solicitud de servicios delicados si tiene derecho a dar su consentimiento. Es posible que deba tener cierta edad o tener la capacidad suficiente para dar su consentimiento, según el tipo de servicios delicados.
  - Los servicios delicados pueden ser para la salud mental o conductual, la salud sexual y reproductiva, infecciones de transmisión sexual (incluyendo HIV y AIDS), problemas de alcohol o drogas, atención para personas transgénero y violencia de mi familia o pareja.
  - Este formulario no autoriza el intercambio de información de salud protegida, incluyendo servicios delicados. Se requiere un formulario por separado para autorizar que se comparta la información médica protegida, incluyendo los servicios delicados.
- Usted acepta que esta autorización seguirá siendo válida mientras esté inscrito en SFHP, con las excepciones indicadas en este formulario, como la fecha de vencimiento y su derecho a revocar la autorización en cualquier momento.
- SFHP puede decidir suspender a su Representante personal. SFHP finalizará su representante personal si existe una creencia razonable de que:
  - 1) Usted está sujeto a violencia doméstica, abuso o negligencia por parte de esa persona,
  - 2) Tratar a tal persona como el representante personal podría ponerle en peligro, o
  - 3) En el ejercicio del juicio profesional, SFHP decide que no es en su mejor interés tratar a la persona designada como su representante personal.



- Tiene derecho a recibir una copia de esta autorización si la solicita

**Después de firmar este formulario, guarde una copia para usted.**

**Envíe el formulario por correo o fax a:**

**San Francisco Health Plan**

**Attn: Compliance Officer**

**P.O. Box 194247**

**San Francisco, CA 94119**

**Fax: 1(415) 547-7825**

Estoy de acuerdo con el uso del Representante personal nombrado a continuación:

**Mi información:**

Mi nombre: \_\_\_\_\_ Mi fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Mi dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad, Estado, Código postal: \_\_\_\_\_ N.º de teléfono: \_\_\_\_\_

Plan de salud: \_\_\_\_\_ N.º de ID: \_\_\_\_\_

**Información del Representante personal:**

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad, Estado, Código postal: \_\_\_\_\_ N.º de teléfono: \_\_\_\_\_

Relación con el miembro: \_\_\_\_\_

**FECHA DE INICIO Y FINALIZACIÓN DE SU REPRESENTANTE PERSONAL**

(Escriba "N/A" si no desea dejar de usar un representante personal en una fecha determinada).

**No olvide: Puede finalizar el uso de un Representante personal en cualquier momento.**

Mi Representante personal comienza el \_\_\_\_\_

y terminará el \_\_\_\_\_

**FIRMAS**

Fecha: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_ AM/PM

Firma: \_\_\_\_\_

(Mi información)



Fecha: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_ AM/PM

Firma: \_\_\_\_\_  
(Mi representante personal)

El California Department of Managed Health Care se encarga de regular los planes de los servicios de atención médica. Si desea presentar un reclamo por su plan de salud, primero debe comunicarse telefónicamente con su plan de salud al **(1-415-547-7800)** o **(1-800-288-5555)** y usar el proceso de reclamos de su plan de salud antes de contactarse con el Departamento. El uso de este procedimiento de reclamos no prohíbe ningún derecho legal o recurso que pudiera estar disponible para usted. Si necesita ayuda con un reclamo relacionado con una emergencia, un reclamo que su plan de salud no haya resuelto satisfactoriamente o un reclamo que haya permanecido sin resolver durante más de 30 días, puede llamar al departamento para solicitar asistencia. También puede ser elegible para una Revisión médica independiente (IMR). Si usted es elegible para una IMR, el proceso de IMR le ofrecerá una revisión imparcial de las decisiones médicas que tomó un plan de salud con relación a la necesidad médica de un servicio o tratamiento propuesto, decisiones de cobertura para tratamientos que son experimentales o de investigación y disputas de pago de servicios médicos de emergencia o urgentes. El Departamento también cuenta con una línea de teléfono gratuita **(1-888-466-2219)** y una línea TDD **(1-877-688-9891)** para personas con deficiencia auditiva o del habla. El sitio web del Departamento **[www.dmhc.ca.gov](http://www.dmhc.ca.gov)** tiene formularios de reclamos, formularios de solicitud de IMR e instrucciones en línea.

La “Oficina del Ombudsman” de Atención Administrada de Medi-Cal del estado puede ayudarlo si tiene alguna pregunta. Puede llamarlos al **1(888) 452-8609**. El horario de atención es de lunes a viernes, de 8:00am a 5:00pm PST, excepto los días festivos.

También puede obtener ayuda de su médico o llamar al Departamento de Servicio al Cliente de SFHP al **1(415) 547-7800**, **1(800) 288-5555** (llamada gratuita) o TTY **1(888) 883-7347**. Nuestro horario de atención es de 8:30am a 5:30pm, de lunes a viernes.