



FORMULARIO DE SOLICITUD DE REPRESENTANTE PERSONAL

Este formulario se utiliza para **DESIGNAR A UN REPRESENTANTE PERSONAL** que estará autorizado para tratar o divulgar información de salud protegida y otra información de beneficios a Contra Costa Health Plan a solicitud de la persona (**Complete las Secciones 1-3**)

Si tiene alguna pregunta, llame al Departamento de Servicios al Miembro, al 1-877-661-6230 (presione 2) (Únicamente Retransmisión de California/TTY/TDD, llame al 1-800-735-2929).

Envíe por correo postal el formulario completado a: Contra Costa Health Plan, Member Services Department, 595 Center Avenue, suite 100, Martinez, CA 94553, **o por fax a** 925-313-6047, o envíenoslo por correo electrónico a member.services@cchealth.org

SECCIÓN 1. IDENTIFICACIÓN DEL MIEMBRO	
Nombre: (Primer nombre, segundo nombre, apellido, tratamiento de cortesía)	Número de identificación (ID) del miembro:
Dirección: (incluido el código postal)	Fecha de nacimiento: (Mes/Día/Año)
Número de teléfono del hogar: (incluido el código de área)	Número de teléfono durante el día: (incluido el código de área)

SECCIÓN 2. INFORMACIÓN DEL REPRESENTANTE(S) PERSONAL		
Nombre del n.º 1: (primer nombre, segundo nombre, apellido)	Fecha de nacimiento:	Relación:
Dirección: (incluido el código postal)	Número de teléfono: (incluido el código de área)	
Nombre del n.º 2: (primer nombre, segundo nombre, apellido)	Fecha de nacimiento:	Relación:
Dirección: (incluido el código postal)	Número de teléfono: (incluido el código de área)	



SECCIÓN 3. DESIGNACIÓN DE REPRESENTANTE PERSONAL POR PARTE DEL MIEMBRO

Por medio del presente designo a la persona identificada en la sección 2 como mi representante personal. Al hacerlo, autorizo a Contra Costa Health Plan (CCHP) a divulgar mi información médica al representante personal, cuando este la solicite, para que pueda actuar en mi nombre en relación con los servicios prestados por el CCHP. Esta es una autorización PLENA para la divulgación de información de atención médica, que incluye expedientes de mantenimiento de atención médica, así como expedientes médicos, quirúrgicos, de enfermedades de transmisión sexual, salud mental, atención y tratamiento para el abuso de alcohol u otras drogas, en su caso. La presente autorización también es para la divulgación de resultados de pruebas del VIH, en su caso. Estos expedientes serán divulgados a mi representante personal a menos que se excluyan expresamente a continuación:

(INICIAL) ____ Excluir resultados de pruebas del VIH

(INICIAL) ____ Excluir información sobre tratamiento contra el abuso de sustancias

(INICIAL) ____ Excluir información sobre tratamiento de salud mental

(INICIAL) ____ Excluir otros: _____

Entiendo que puedo revocar esta designación y autorización para la divulgación de información de atención médica en cualquier momento por escrito ante CCHP, manifestando mi voluntad de revocar mi designación del representante personal, a la siguiente dirección: Contra Costa Health Plan, Member Services Department, 595 Center Avenue, suite 100, Martinez, CA 94553, o por fax al 925-313-6047.

La presente designación de representante personal vence el (indicar mes/día/año)

 (Si no se incluye fecha de vencimiento, esta delegación continuará vigente hasta que se revoque por escrito).

Firma del miembro:

Fecha