

## DESIGNACIÓN DE REPRESENTANTE

Utilice este formulario para autorizar a Blue Shield of California, Blue Shield of California Life & Health Insurance Company y a sus socios comerciales (colectivamente "Blue Shield") a permitir la designación de un representante con respecto a mi apelación o queja. Autorizo a esta persona a realizar cualquier solicitud, presentar o pedir pruebas, a obtener información relacionada con apelaciones y a recibir cualquier aviso relacionado con mi reclamo, apelación, queja o solicitud en mi total representación. Entiendo que la información médica personal relacionada con mi solicitud puede ser revelada al representante indicado a continuación.

### 1. Persona que designa a un representante ("miembro")

Nombre del miembro:

Dirección del miembro:

Número de identificación de suscriptor:

Fecha de nacimiento:

### 2. ¿Quién es el representante designado?

Nombre del beneficiario:

Dirección del beneficiario:

Relación del receptor con el miembro:

### 3. ¿Cuál es el propósito de completar este formulario? (Marque uno)

Designar un representante

Revocar una designación de representante ya existente

### 4. Vencimiento y revocación.

Esta Designación de representación tendrá vigencia durante un año a partir de la fecha en la que usted lo firme (debajo), a menos que se especifique una fecha diferente aquí: \_\_/\_\_/\_\_\_\_

Usted tiene el derecho de revocar esta Designación de representación en cualquier momento por medio de una notificación por escrito a Blue Shield Promise Health Plan. *La revocación de esta Designación de representación no afectará la información que usemos o divulguemos antes de recibir su solicitud de revocación.* Si esta Designación de representación es otorgada por el padre/la madre o el representante legal en nombre de un menor, vencerá cuando el menor cumpla 18 años.

### 5. Firma del miembro y del representante

He leído este formulario y comprendo y acepto los términos. Ordeno a Blue Shield Promise Health Plan que permita una designación de representación y que utilice o que divulgue la información al receptor indicado de acuerdo con lo manifestado anteriormente. Esto puede incluir información sobre la salud, como el abuso de sustancias, la salud mental, la salud del comportamiento, las pruebas genéticas y la condición con respecto al VIH/sida. Comprendo que una vez que se divulgue mi información, el receptor podría volver a divulgarla y es posible que no esté más protegida por las leyes de la privacidad, incluida la Ley federal de Transportabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud de 1996.

Comprendo que Blue Shield Promise Health Plan no puede condicionar el pago, la inscripción en un plan de salud o la elegibilidad para los beneficios en relación con el hecho de que yo firme o no esta Designación de representación.

---

Firma del miembro

---

Fecha

---

Nombre del miembro (letra de imprenta)

**Al firmar a continuación, doy constancia de que he leído este formulario y por medio del presente acepto la designación antes mencionada.**

---

Firma del representante

---

Fecha

---

Nombre del representante (letra de imprenta)

---

### Representantes legales o tutores

Si este formulario está firmado por una persona que no es el miembro o el padre/la madre de un menor, por ejemplo, un representante personal/legal, tutor o albacea, **usted debe proporcionar también la documentación legal** que muestre su autoridad para actuar en nombre del miembro (o a la sucesión del miembro) para designar a un representante. Dicha documentación puede incluir, por ejemplo:

1. Poder duradero para la atención médica
2. Documentación válida vigente de tutela ordenada por un tribunal, u
3. Otra documentación legal válida que indique que usted está autorizado a actuar en nombre del miembro (o la sucesión del miembro).

---

Nombre del representante (letra de molde):

---

Relación con el miembro:

---

Tipo de documentación presentada:

---

---

### Conserve una copia del formulario de Designación de representante para sus registros

Envíe el formulario de Designación de representante llenado y firmado a:

Blue Shield of California Promise Health Plan Privacy Office  
P.O. Box 272540  
Chico, CA 95927-2540

---

Blue Shield of California Promise Health Plan complies with applicable state laws and federal civil rights laws, and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, ancestry, religion, sex, marital status, gender, gender identity, sexual orientation, age, or disability.

Blue Shield of California Promise Health Plan cumple con las leyes estatales y las leyes federales de derechos civiles vigentes, y no discrimina por motivos de raza, color, país de origen, ascendencia, religión, sexo, estado civil, género, identidad de género, orientación sexual, edad ni discapacidad.

Blue Shield of California Promise Health Plan 遵循適用的州法律和聯邦公民權利法律，並且不以種族、膚色、原國籍、血統、宗教、性別、婚姻狀況、性別認同、性取向、年齡或殘障為由而進行歧視。