



# Formulario de Solicitud de un Representante Personal



Nombre: \_\_\_\_\_  
Número de identificación del miembro: \_\_\_\_\_

Al completar este formulario, designo a la siguiente persona o personas como mis representantes personales. Mi representante personal podrá tratar toda la información que involucra el manejo del cuidado de mi salud con Central California Alliance for Health (la Alianza). Mi representante personal podrá ejercer mis derechos de privacidad y podrá solicitar archivos o un informe de revelaciones en mi nombre. Mi representante personal también podrá tomar decisiones sobre el cuidado de salud en mi nombre, entre ellas cambiar mi Proveedor de Cuidado Primario (PCP, por sus siglas en inglés).

**Escriba en letra de molde de manera clara. Use tinta negra o azul únicamente.**

Nombre (nombre y apellido): \_\_\_\_\_  
Relación:  Hijo  Cónyuge  Hermano/a  Padre o madre  Padre o madre  
Teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre (nombre y apellido): \_\_\_\_\_  
Relación:  Hijo  Cónyuge  Hermano/a  Padre o madre  Padre o madre  
Teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre (nombre y apellido): \_\_\_\_\_  
Relación:  Hijo  Cónyuge  Hermano/a  Padre o madre  Padre o madre  
Teléfono: \_\_\_\_\_

Una fotocopia o fax de esta designación se considerará tan efectiva y válida como el original.

Firmado en \_\_\_\_\_, California, el \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_, del 20 \_\_\_\_.  
(ciudad) (día) (mes) (año)

Su firma: \_\_\_\_\_  
Firma de un testigo si usted no puede firmar: \_\_\_\_\_

Si tiene alguna pregunta, póngase en contacto con Servicios a los Miembros al (831) 430-5508 o al (800) 700-3874, ext. 5508.