

FORMULARIO DE ASISTENTE AUTORIZADO

- Si desea dar permiso a otra persona para que lo asista con su queja o revisión médica independiente (Independent Medical Review, IMR), llene las partes A y B a continuación.
- Si es un padre o tutor legal que presenta este formulario de queja/IMR en nombre de un menor de 18 años, no necesita llenar este formulario.
- Si presenta esta queja o solicitud de IMR en nombre de un paciente que no puede llenar este formulario debido a que es incompetente o tiene una discapacidad, y si usted tiene autoridad legal para actuar en nombre de este paciente, llene la parte B solamente. Además, adjunte una copia de la carta poder para tomar decisiones de atención de salud u otros documentos que digan que usted puede tomar decisiones en nombre del paciente.

PARTE A: COMPLETADA POR EL PACIENTE

Autorizo a la persona mencionada en la parte B a continuación para que me asista con la queja o solicitud de IMR que presenté ante el Department of Managed Health Care (Departamento). Autorizo al personal del Departamento y la IMR a que compartan la información sobre mi(s) condición(es) y atención médicas con la persona mencionada a continuación. Esta información podría incluir tratamientos de salud mental, tratamientos y pruebas de VIH, tratamientos de alcoholismo o drogadicción u otra información de atención de salud.

Entiendo que sólo se compartirá la información relacionada con mi queja o IMR.

Mi autorización para esta asistencia es voluntaria y tengo derecho a anularla. Si deseo anularla, tengo que hacerlo por escrito.

Nombre del paciente (letra de molde) _____

Firma del paciente _____ Fecha _____

PARTE B: COMPLETADA POR LA PERSONA QUE ASISTE AL PACIENTE

Nombre de la persona que asiste al paciente (letra de molde) _____

Dirección _____

Ciudad _____ Estdo _____ Código postal _____

Relación con el paciente _____

Teléfono principal _____ Teléfono secundario _____

Correo electrónico _____

☐ Mi carta de poder para tomar decisiones de atención de salud u otro documento legal está incluido.

State of California - Health and Human Services Agency
Department of Managed Health Care
AUTHORIZED ASSISTANT FORM – Spanish
DMHC 20-160 New: 04/06 Rev: 01/20