

**Formulario de Representante Autorizado**

Un **representante autorizado** es una persona que tiene **permiso por escrito** (su autorización) para tomar decisiones sobre su cuidado médico por usted. Usted (el miembro), un padre o un tutor legal le da permiso. Su representante autorizado puede tomar decisiones sobre su cuidado médico, su inscripción y cancelación de la inscripción y la presentación de apelaciones o reclamos ante Clear Health Alliance. Usted puede elegir su proveedor de atención primaria (PCP) como su representante autorizado.

Al firmar este formulario, usted autoriza a la persona que aparece a continuación a tomar decisiones por usted. Usted será responsable por cualquier decisión que su representante autorizado tome por usted durante el tiempo que le permita actuar por usted. Este toma decisiones por usted desde la fecha en el formulario firmado hasta la fecha en que recibimos su solicitud por escrito para finalizar este permiso; o la fecha de finalización de un evento específico (como un servicio o artículo que se está apelando), lo que ocurra primero.

Usted puede retirar este permiso en cualquier momento. Escríbanos a la dirección o al número de fax a continuación para decir que usted quiere finalizar su permiso para tener un representante autorizado.

Nombre del miembro: \_\_\_\_\_

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

Evento específico (el servicio o artículo que se está apelando):  
\_\_\_\_\_

**Representante autorizado:**

Nombre: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección (con calle, ciudad, estado y código postal):  
\_\_\_\_\_

Firma del miembro, padre o tutor legal: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Envíe este formulario a:

Clear Health Alliance

P.O. Box 62429

Virginia Beach, VA 23466-2429

Fax: 866-216-3482

Documentos adjuntos:

Obtenga ayuda en otros idiomas

Aviso sobre no discriminación