



Condado de Inyo
Departamento de Salud y Servicios Humanos
Salud conductual

Formulario de designación de representante autorizado

Use este formulario para autorizar a una persona que no esté legalmente autorizada a representarle durante el proceso de queja o apelación.

INFORMACIÓN PARA MIEMBROS

Nombre del miembro:		Fecha de nacimiento:
Número de identificación de Medi-Cal: (si se conoce)	Correo electrónico:	
Dirección de envío:	Teléfono:	
Método de comunicación preferido del miembro: ☐ Correo electrónico ☐ Teléfono ☐ Correo postal ☐ Otro		
Preferencia de idioma del miembro: ☐ Inglés ☐ Español ☐ Otro: _____ ¿Necesita un intérprete? ☐ Sí ☐ No		

INFORMACIÓN DEL REPRESENTANTE

Nombre:	Relación:
DIRECCIÓN:	Teléfono:
Correo electrónico:	Organización: (si corresponde)
Preferencia de idioma representativo: ☐ Inglés ☐ Español ☐ Otro: _____ ¿Necesita un intérprete? ☐ Sí ☐ No	
Método de comunicación preferido: ☐ Correo electrónico ☐ Teléfono ☐ Correo postal ☐ Otro: _____	

AUTORIZACIÓN

Doy autorización a mi representante autorizado para recibir y comunicarse con respecto a lo siguiente: (marque todas las opciones que correspondan)

☐ Presentar una queja ☐ Presentar apelaciones ☐ Recibir notificaciones ☐ Discutir mi información confidencial

☐ Solicitar registros ☐ Representarme durante las Audiencias Estatales Imparciales. ☐ Todas las anteriores

La autorización permanece vigente hasta: (Marque una opción)

☐ Esta queja está resuelta ☐ Esta apelación está resuelta ☐ Revocada por mí ☐ Fecha:

La fecha no puede exceder 1 año desde la firma de este formulario.

DECLARACIONES

Miembro:

Al firmar este formulario, autorizo voluntariamente a la persona identificada en este documento a actuar en mi nombre durante el proceso de queja y/o apelación ante Salud Conductual del Condado de Inyo. Entiendo que esta autorización permite a Salud Conductual del Condado de Inyo divulgar únicamente la información necesaria para tramitar mi queja o apelación a mi representante autorizado.

Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento mediante notificación por escrito al Departamento de Salud Mental del Condado de Inyo. Asimismo, entiendo que la revocación de esta autorización no afectará ninguna acción realizada antes de que se reciba mi notificación por escrito.

Reconozco que mi información confidencial estará protegida conforme a las leyes federales y estatales de privacidad aplicables.

Firma del miembro: _____

Fecha: _____

Representante autorizado:

Al firmar este formulario, acepto la responsabilidad de actuar en nombre del miembro durante el proceso de reclamación y/o apelación. Entiendo que cualquier información confidencial que reciba se utilizará exclusivamente para representar al miembro en este asunto y deberá manejarse de manera que se proteja su privacidad.

Reconozco que actuaré de acuerdo con los deseos del miembro, mantendré la confidencialidad de toda la información protegida y notificaré de inmediato a la Unidad Conductual del Condado de Inyo, ya no estoy autorizado o dispuesto a servir como representante del miembro.

Firma del representante: _____

Fecha: _____

Para presentar este formulario:

Debe firmar este formulario para dar su consentimiento por escrito. Puede enviarlo por correo postal, entregarlo en la Oficina de Salud y Servicios Humanos, enviarlo por correo electrónico a inyobh@inyocounty.us o enviarlo por fax al 760-873-3277.

- Oficina de Bishop

1360 N. Main Street, Bishop, CA 93514

- Oficina de Lone Pine

310 N. Jackson, Lone Pine, CA 93545

Se ofrecen servicios gratuitos de interpretación, traducción y ayudas técnicas a solicitud. Si necesita este formulario en otro idioma o formato, comuníquese con el Departamento de Salud Mental del Condado de Inyo.