



Si desea que alguien más hable con Lipa por usted, tiene primero que darle permiso a Lipa para hablar con esa persona. Para hacer que un miembro de la familia, amigo u otra persona pueda hablar con Lipa sobre su atención médica, por favor, llene este formulario y envíelo por correo a Lipa. Si tiene alguna pregunta llame al Departamento de Atención para los Miembros de Lipa al 541-485-2155. Los usuarios TTY deben llamar al: 1-877-600-5473.

NOMBRAMIENTO DE UN REPRESENTANTE

Nombre del Miembro

ID del Miembro

Sección I: NOMBRAMIENTO DE UN REPRESENTANTE

A ser llenado por el miembro. Si usted desea designar a alguien para que lo ayude cuando usted llame o visite a Lipa, o cuando solicite una apelación, Lipa necesita tener su permiso para poder hablar con esa persona. Este formulario de autorización le permitirá a Lipa a hablar con esa persona por usted sobre temas relacionados con su salud.

Quiero que la persona nombrada aquí _____ hable con el personal de Lipa sobre temas relacionados con mi salud y con información que se encuentre en mis registros de Lipa o para actuar como mi representante en reclamaciones o apelaciones. Le doy este permiso a esta persona para que solicite, haga preguntas, y reciba información y avisos sobre mi apelación en mi nombre. Entiendo que el representante designado puede dar más información personal sobre mi salud y que Lipa no se hace responsable si esto sucede.

Firma del Miembro

Fecha

Dirección

Número de Teléfono Completo

Ciudad

Estado

Zip

Sección II: ACEPTACIÓN DEL NOMBRAMIENTO

A ser completado por el representante.

Yo, _____, acepto el nombramiento antedicho para ayudar a este miembro de Lipa. Certifico que no me descalifica ningún motivo para actuar como representante de este miembro.

Mi relación con el miembro es: _____.
(Familiar, Amigo, Abogado, etc.)

Firma

Fecha

Dirección

Número de Teléfono Completo

Ciudad

Estado

Zip



Sección III: FECHAS DE VIGENCIA

A ser llenado por el miembro. Marque el casillero de abajo que mejor describa el tiempo que desea que su permiso dure. Un ejemplo de un caso podría ser "hasta que se decida una apelación" o "hasta que la cirugía haya terminado". Usted también tiene el derecho de cancelar este nombramiento en cualquier momento enviándole una carta a Lipa a la dirección indicada abajo.

Hasta que yo cancele el permiso.

Hasta esta fecha:

Hasta que esto suceda:

A un año de la fecha de mi firma.

Envíe el formulario completo a:

Lipa

P.O. Box 11740

Eugene, OR 97440-1740

Si tiene preguntas o si necesita este formulario en otro idioma o formato, por favor llame al:

Departamento de Atención para los Miembros de Lipa

541-485-2155

Los usuarios TTY deben llamar al: 1-877-600-5473