

## DESIGNACIÓN DE UN REPRESENTANTE PERSONAL

Usted tiene el derecho de elegir una o más personas para actuar como su representante personal y hacer decisiones sobre su atención médica. Su representante personal tendrá acceso a su información de salud. Esto incluye registros de salud e información de salud protegida que está creada por o en la posesión de Colorado Access/Access Health Colorado. Al elegir un representante personal, usted está permitiendo que Colorado Access/Access Health Colorado comparta su información de salud con su representante personal. Usted puede limitar cuanta información de salud el/ella puede ver, y usted puede cancelarlo en cualquier momento. Usted tiene que incluir una copia de su tarjeta de identificación del miembro o licencia para conducir con este formulario, para que podemos confirmar su identidad. Todas las referencias de "miembro" en este formulario incluyen un miembro, cliente, o beneficiario, como aplicable.

- Yo entiendo que los derechos que estoy dando a mi representante personal terminan la fecha cuando ya no sea miembro o un año después de la fecha de mi firma abajo, cualquiera que se cumpla primero.
- Yo entiendo que mi designado representante personal puede hablar con alguien sobre mi información de salud protegida. Mi información de salud no puede ser protegida si mi representante personal habla con otra persona.
- Yo entiendo que puedo cancelar mi elección de representante personal en cualquier momento al seguir las instrucciones en la segunda página de este formulario.
- Yo entiendo que si designo un representante personal, yo no sería prevenido de recibir tratamiento, pago, inscripción, o elegibilidad para beneficios.
- Yo entiendo que este formulario no permite la liberación de información sobre abuso de drogas o alcohol, condiciones o tratamiento psicológica o psiquiátrica, notas psicoterapia, pruebas o estatus de VIH/SIDA, aborto, o enfermedades transmitidos sexuales, si hay.
- Yo entiendo que puedo limitar la cantidad de información que es dada a mi representante personal. Yo limito el acceso de mi representante personal a la siguiente información:

### DESIGNACIÓN DE REPRESENTANTE PERSONAL

Yo, \_\_\_\_\_ (escriba el nombre del miembro) entiendo toda la información de arriba y elijo a la siguiente persona para actuar como mi representante personal. Soy miembro de (indica uno):

- Access Behavioral Care     Child Health Plan *Plus*     Access Long Term Support Solutions  
 Access Health Colorado     Otro (especifique): \_\_\_\_\_

Nombre del Representante Personal

Relación al Miembro

Firma del Miembro:

Fecha de Nacimiento del Miembro:

# de ID del Miembro o # de Licencia para Conducir

Fecha

### ACEPTACIÓN DEL REPRESENTANTE PERSONAL

Yo, \_\_\_\_\_ (escribe el nombre del representante personal) estoy de acuerdo de actuar como el representante personal por el miembro de arriba. Estoy de acuerdo de cumplir mis responsabilidades como descrito en este formulario en nombre del miembro. Estoy de acuerdo de guardar como confidencial la información que recibo sobre el miembro de Colorado Access/Access Health Colorado.

Firma del Representante Personal

# de Licencia para Conducir u otro identificación  
(Usado solo para verificación de identidad)

Numero de Teléfono del Representante Personal



## INSTRUCCIONES DEL DESIGNACIÓN DE UN REPRESENTANTE PERSONAL

Un representante personal es alguien que usted elije para tener acceso a su información de salud protegida. Puede ser un proveedor, un defensor, un abogado, un miembro de su familia, o cualquier otra persona de su confianza.

Si usted quisiera elegir un representante personal, usted puede usar este formulario para nombrar la persona que usted eligió. Usted tiene que llenar este formulario en su totalidad y proporcionar toda la documentación que se solicita.

**Usted tiene que incluir una copia de su tarjeta de identificación del miembro o su licencia para conducir, para que podemos confirmar su identidad.** También usted necesita que su representante personal complete y firme la sección de Aceptación del Representante Personal del formulario antes que usted lo envíe a nosotros.

Este formulario de Designación de Representante Personal no autoriza la divulgación o re-divulgación de registros del trastorno del abuso de sustancias (abuso de droga o alcohol), condiciones o registros de tratamiento psiquiátricos o psicológicos, o notas de psicoterapia. La divulgación o re-divulgación de estos tipos de registros requiere un consentimiento por separado firmado por usted o su designado representante personal.

**Envíe o mande por fax este formulario completo a nuestro departamento de servicio al cliente al:**

<b>ABC, CHP+, or RCCO</b>	<b>Access Health Colorado</b>	<b>Access Long Term Support Solutions</b>
Colorado Access PO Box 17580 Denver, CO 80217-9691	Access Health Colorado PO Box 5846 Denver, CO 80217-9691	Access Long Term Support Solutions PO Box 17767 Denver, CO 80217-7767
Fax: 303-755-4148	Fax: 303-755-4148	Fax: 1-855-744-1723
Teléfono: 1-800-511-5010	Teléfono: 1-855-325-9426	Teléfono: 1-877-710-9993

Usted puede elegir un representante personal en persona o por teléfono. Si usted tiene preguntas o necesita ayuda para llenar este formulario, llámenos llamada gratuita al su plan de salud de arriba. Los usuarios TTY/TDD deben llamar al 1-888-803-4494.

### COMO CAMBIAR O CANCELAR SU DESIGNACIÓN DEL REPRESENTANTE PERSONAL

Si usted quisiera cambiar o cancelar su designado representante personal actual, usted necesita completar un formulario de Revocación del Representante Personal. Llame al número apropiado que aparece arriba para obtener más información. Los usuarios TTY/TDD deben llamar al 1-888-803-4494.

## REVOCACIÓN DEL REPRESENTANTE PERSONAL

---

Usted tiene el derecho de elegir una o más personas para actuar como su representante personal. Usted también tiene el derecho de cancelar su elección de representante(s) personal en cualquier momento. Al cancelar su elección de representante personal usted está cancelando su derecho de tomar decisiones del cuidado de salud para usted. Usted tiene que incluir una copia de su tarjeta de identificación del miembro o licencia para conducir con este formulario, para que podamos confirmar su identidad.

- Yo entiendo que cancelando mi elección de representante personal significa Colorado Access/Access Health Colorado no va a compartir mi información con esta persona.
- Yo entiendo que tengo el derecho de elegir otra persona(s) para actuar como mi representante personal al llenar un nuevo formulario de Designación de Representante Personal.

## REVOCACIÓN DEL REPRESENTANTE PERSONAL

Yo, \_\_\_\_\_ (escriba nombre del miembro), entiendo toda la información de arriba y elijo cancelar los privilegios del representante personal de la siguiente persona:

Nombre del Representante Personal \_\_\_\_\_ Relación al Miembro \_\_\_\_\_

Firma del Miembro: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento del Miembro: \_\_\_\_\_

# de ID del Miembro o # de Licencia para Conducir \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Soy miembro de (indica uno):

- Access Behavioral Care     Child Health Plan *Plus*     Access Long Term Support Solutions  
 Access Health Colorado     Otro (especifique): \_\_\_\_\_



## INSTRUCCIONES DEL REVOCACIÓN DE REPRESENTANTE PERSONAL

Si usted ya ha elegido un representante personal, usted puede usar este formulario para cancelar su elección de representante personal. Usted tiene que llenar este formulario en su totalidad y proporcionar toda la documentación solicitada. **Usted tiene que incluir una copia de su tarjeta de identificación del miembro o licencia para conducir, para que podamos confirmar su identidad.**

**Envíe o mande por fax este formulario completo a:**

<b>ABC, CHP+, or RCCO</b>	<b>Access Health Colorado</b>	<b>Access Long Term Support Solutions</b>
Colorado Access PO Box 17580 Denver, CO 80217-9691	Access Health Colorado PO Box 5846 Denver, CO 80217-9691	Access Long Term Support Solutions PO Box 17767 Denver, CO 80217-7767
Fax: 303-755-4148	Fax: 303-755-4148	Fax: 1-855-744-1723
Teléfono: 1-800-511-5010	Teléfono: 1-855-325-9426	Teléfono: 1-877-710-9993

Usted puede elegir un representante personal en persona o por teléfono. Si usted tiene preguntas o necesita ayuda para llenar este formulario, llámenos llamada gratuita al su plan de salud de arriba. Los usuarios TTY/TDD deben llamar al 1-888-803-4494.