





**STATE OF CALIFORNIA  
DEPARTAMENT OF INSURANCE**

**AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE REGISTROS MÉDICOS  
Y DESIGNACIÓN DE UN AGENTE PARA UNA REVISIÓN MÉDICA INDEPENDIENTE**

De acuerdo con la sección 10169(e), del Código de Seguros de California, el asegurado podrá designar a un agente para que actúe en su nombre para ayudar a los asegurados con el proceso de Revisión Médica Independiente. Si usted desea dar a otra persona la autoridad para ayudarle con su revisión médica independiente, complete las siguientes partes A y B.

A menos que usted desea designar a otra persona para ayudarle con el proceso de Revisión Médica Independiente, si usted es un padre o tutor legal que está presentando esta Revisión Médica Independiente para un niño menor de 18 años, no es necesario completar este formulario, pero debe completar la Solicitud para la Revisión Médica Independiente.

Si usted está presentando esta Revisión Médica Independiente o queja para un paciente que no puede completar este formulario porque el paciente es incompetente o incapacitado, y usted tiene la autoridad legal para actuar en nombre de este paciente, por favor complete solamente la Parte B. También, adjunte una copia del poder notarial para las decisiones del cuidado de la salud u otros documentos que dicen que usted puede tomar decisiones por el paciente.

**PARTE A: Paciente/Asegurado:**

Yo permito que la persona nombrada abajo en la Parte B que me ayude en mi Revisión Médica Independiente presentada ante el Departamento de Seguros de California. Autorizo el Departamento de Seguros de California y el personal de la Revisión Médica Independiente para compartir información acerca de mi condición médica(s) con la persona nombrada abajo. Esta información puede incluir el tratamiento de salud mental, tratamiento para el HIV o pruebas, el alcohol o el tratamiento de drogas, u otra información de cuidado de la salud. Entiendo que sólo la información relacionada con mi Revisión Médica Independiente o queja será compartida.

Mi aprobación de esta asistencia es voluntaria y no tengo el derecho de terminar con ella. Si quiero acabar con ella, debo hacerlo por escrito. Esta autorización expirará un año a partir de la fecha de abajo, excepto con respecto al uso interno del Departamento o de otro modo permitido por la ley.

Nombre de Paciente (Imprimir): \_\_\_\_\_

Firma de Paciente o Asegurado: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**PARTE B: La Persona que Asiste al Paciente con la Revisión Médica Independiente**

Nombre de la Persona que Asiste (Imprimir) \_\_\_\_\_

Firma de la Persona que Asiste \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Relación con Paciente \_\_\_\_\_

Número de teléfono durante el día # \_\_\_\_\_

Número de teléfono durante la noche # \_\_\_\_\_

Dirección de Correo Electrónico (si está disponible): \_\_\_\_\_

Mi poder legal para decisiones del cuidado de la salud u otros documentos legales se adjunta.



# Aviso de Privacidad en la Colección de Información

## Los Formularios de Solicitud de Asistencia

\*\*\* Este aviso se proporciona de conformidad con la Ley de Prácticas de Información de 1977 (Código Civil de California, Sección 1798.17) \*\*\*

### **Colección y Uso de la Información Personal**

El Código de Seguros de California Secciones 12921 y 12921.1, y estatutos y reglamentos relacionados, dan el Departamento de Seguros de California (CDI) y la División de Servicios al Consumidor la autoridad para regular e investigar quejas de los consumidores. El Departamento de Seguro de California utiliza su información para dirigir las quejas presentadas a la atención del Departamento. Se recoge información sujeta a las limitaciones contenidas en la ley de Prácticas de Información de 1977, SAM de 5300, et seq., SIMM 5305, et seq. y otros aplicables leyes estatales y federal.

### **Proporcionar Información Personal es Voluntario**

Usted no tiene que proporcionar la información personal solicitada. Sin embargo, si usted no desea proporcionar la información necesaria, es posible que no se pueda investigar su queja. Al proporcionar información o documentos, no incluya información personales que no están solicitado, como números de Seguro Social, números de licencia de conducir, información innecesaria relacionada con la salud y tarjeta de crédito o información financiera.

### **La Información Proporcionada al Departamento de Seguros de California es Confidencial**

Toda la información que nos proporcione durante la investigación de su queja será tratada como una comunicación bajo la Sección 12919 del Código de Seguros de California. No revelaremos ninguna información a ninguna persona fuera del Departamento de Seguros de California, a menos que la ley lo permita o lo requiera.

### **Posibilidad de Divulgación de Información Personal**

Podemos compartir su información personal con el titular del seguro y en el caso de una Revisión Médica Independiente con la Organización de Revisión Médica Independiente. También podemos compartir su información con otras agencias gubernamentales o reguladoras según lo requiera la ley o en conformidad con el memorándum de entendimiento.

### **Acceso a Su Información**

Usted tiene el derecho a acceder a los registros que contienen su información personal que están mantenidos por el Departamento de Seguros de California. Para solicitar el acceso, póngase en contacto con: CDI Privacy Officer, Legal Division, Government Law Bureau, 300 Capitol Mall, Suite 1700, Sacramento, CA 95814, (916) 492-3500.

### **Departamento de Póliza de Privacidad**

El Departamento de Seguros de California ha desarrollado pólizas con respecto a la privacidad de su información. Se puede ver visitando nuestro sitio web en [www.insurance.ca.gov/privacy-policy](http://www.insurance.ca.gov/privacy-policy).