



FROM |  **coordinated care.**  
 1145 Broadway, Suite 700  
 Tacoma, WA 98402

### Designación de Representante Autorizado Coordinated Care Corporation

Queremos que sepa que puede disponer de alguien para que actúe en su nombre en una apelación. Se designará a la persona que indique más abajo como su representante para la apelación. A excepción de su médico, no podremos dar datos a ninguna otra persona ni aceptar información de su parte hasta recibir esta autorización.

Yo, \_\_\_\_\_, deseo que la siguiente persona me represente en mi apelación. Entiendo que a mi representante se le podrá revelar información médica personal relacionada con mi apelación.

Nombre y dirección del representante (en letra de imprenta):

\_\_\_\_\_  
 Nombre

\_\_\_\_\_  
 Dirección, incluido el número de departamento o el apartado de correos

\_\_\_\_\_  
 Ciudad Estado Código postal

Números de teléfono del representante:

(\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
 Número de teléfono durante el día

(\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
 Número de teléfono durante la noche

Breve descripción de la apelación en la que el representante actuará en mi nombre:

\_\_\_\_\_

Firma del miembro: \_\_\_\_\_

Fecha de la firma: \_\_\_\_\_

Si no es el miembro, relación con el miembro: \_\_\_\_\_ Padre/madre \_\_\_\_\_ Tutor

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

Regrese este formulario completado a la siguiente dirección:

Ambetter from Coordinated Care  
 Appeals Department  
 1145 Broadway, Suite 700  
 Tacoma, WA 98402

Teléfono: 877-687-1197  
 TTY: 711  
 Fax: 855-218-0589