



Formulario de Representante Autorizado

Un **representante autorizado** es una persona que tiene **permiso por escrito** (su autorización) para tomar decisiones sobre el cuidado médico de su hijo. Como padre o tutor legal, usted le da permiso. El representante autorizado de su hijo puede tomar decisiones sobre su cuidado médico, su inscripción y cancelación de la inscripción y la presentación de apelaciones o reclamos ante Simply Healthcare Plans, Inc. — Florida Healthy Kids. Puede hacer que el proveedor de atención primaria (PCP) de su hijo sea el representante autorizado.

Al firmar este formulario, usted autoriza a la persona que aparece a continuación a tomar decisiones por usted. Usted será responsable por cualquier decisión que el representante autorizado de su hijo tome por este durante el tiempo que le permita actuar por su hijo. Este toma decisiones por su hijo desde la fecha en el formulario firmado hasta la fecha en que recibimos su solicitud por escrito para finalizar este permiso; o la fecha de finalización de un evento específico (como un servicio o artículo que se está apelando), lo que ocurra primero.

Usted puede retirar este permiso en cualquier momento. Escríbanos a la dirección o al número de fax a continuación para decir que usted quiere finalizar su permiso para tener un representante autorizado.

Nombre del miembro: _____

Número de identificación del miembro: _____

Evento específico (el servicio o artículo que se está apelando):

Representante autorizado:

Nombre: _____

Número de teléfono: _____

Dirección (con calle, ciudad, estado y código postal):

Firma del padre o tutor legal: _____

Fecha: _____

Envíe este formulario a:

Simply Healthcare Plans, Inc. — Florida Healthy Kids

P.O. Box 62429

Virginia Beach, VA 23466-2429

Fax: 866-216-3482

Documentos adjuntos:

Obtenga ayuda en otros idiomas

Aviso sobre no discriminación