

**AUTHORIZATION FOR RELEASE OF PERSONAL INFORMATION BY  
AUTHORIZED REPRESENTATIVE  
HBEX 404S SPANISH VERSION (8/15)**



**Autorización para la Divulgación de Información Personal por un  
Padre, Tutor o Representante Autorizado**

Este formulario autoriza a Covered California a compartir información personal del consumidor con las partes especificadas por el representante autorizado. Para presentar esta solicitud, por favor complete todos los elementos necesarios y envíe por correo el formulario completado y todos los documentos pertinentes a la siguiente dirección:

Privacy Officer  
1601 Exposition Blvd.  
Sacramento, CA 95815

**Información del Consumidor**

*(Tal como aparece en la cuenta de Covered California del consumidor)*

Apellido:	Nombre:	Inicial del Segundo Nombre:
Dirección:	Ciudad/Estado:	Código Postal:
Número de Caso o Cuenta de Covered California:	Fecha de Nacimiento:	

**Información de Padre, Tutor o Representante Autorizado**

Apellido:	Nombre:	Inicial del Segundo Nombre:
Dirección:	Ciudad/Estado:	Código postal:
Número de Teléfono <i>(requerido)</i>	Dirección de Correo Electrónico:	

**¿Qué autoridad legal tiene usted para actuar en nombre del consumidor?**

*(Por favor, adjunte documentación legal.)*

Padre	Curador	Albacea
Tutor	Agente de Salud	Poder Legal
Otra		

<b>Adjunte Copia de la Información de Identificación del Representante.</b> <i>(Si no adjunta ningún documento de identificación, su firma debe ser notariada.)</i>	
Licencia de Conducir	Tarjeta de Identificación Estatal
Tarjeta de Identificación Federal	Notario Público
Fecha de Notaría:	NO OFICIAL SI NO TIENE SELLO DEL NOTARIO PÚBLICO
Notariado por:	
Número de Notario Público:	

<b>Autorización</b>		
Yo, _____, autorizo a Covered California, a compartir la siguiente información con la siguiente persona o entidad identificada:		
Nombre de la persona o entidad:		
Dirección:	Ciudad/Estado:	Código Postal:
Número de teléfono durante el día:	Fax Número/Correo Electrónico:	
Propósito por la cual comparte los datos:		

**Firma del Representante Autorizado**

**Entiendo que al firmar esta autorización:**

- Autorizo el uso o la divulgación de información personal del consumidor tal como se describe anteriormente para los fines mencionados.
- Tengo el derecho a retirar el permiso de compartir la información del consumidor. Si firmo esta autorización para usar o divulgar información, yo puedo revocar esta autorización en cualquier momento y Covered California cumplirá con la solicitud en un período razonable de tiempo. La revocación deberá hacerse por escrito y no afectará la información que ya ha sido usada o divulgada.
- Tengo el derecho a recibir una copia de esta autorización.
- Estoy firmando esta autorización voluntariamente.

Entiendo que Covered California pudiese no ser capaz de cumplir con mi solicitud pero aun así me dará una respuesta.

Declaro bajo pena de perjurio que la información en este formulario es verídica y correcta.

Firma:

Fecha:

La información solicitada en este formulario es requerida por California Health Benefit Exchange, Oficina de Privacidad, a fin de procesar su solicitud. La información que proporcione en este formulario se requiere para procesar su solicitud y será utilizada por la Oficina de Privacidad para ese propósito. No proporcionar esta información puede resultar en la denegación de su solicitud. Referencias legales que autorizan la recopilación o el mantenimiento de la información proporcionada en este formulario incluye Secciones 1798.22, 1798.25, 1798.27 y 1798.35 del Código Civil de California y la Sección 155.260 (a) del Código de Regulaciones Federales. *California Health Benefit Exchange, Privacy Office, 1601 Exposition Blvd, Sacramento, CA 95815 (800) 889-3871.*