



210 Park Ave., Suite 2800, Oklahoma City, OK 73102-5621

DESIGNACIÓN DE REPRESENTANTE AUTORIZADO

(Complete esta sección solamente si un tercero lo estará representando en esta apelación.)

Se puede representar a usted mismo o le puede pedir a otra persona, incluso a su proveedor médico tratante que actúe como su representante autorizado. Usted puede revocar esta autorización en cualquier momento.

Por la presente autorizo a _____ a proseguir con mi apelación en mi nombre.

Firma del paciente (si es mayor de 18 años de edad)

Fecha

Firma del representante autorizado*

Fecha

*(Padre/madre, tutor, persona a quien se le confiere la custodia exclusiva del niño(a) u otro: especificar)

Domicilio del representante autorizado: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Número de teléfono durante el día (____) _____ Noche (____) _____

Para los miembros que hablan español:

Si usted no entiende el contenido de esta carta, por favor llame a Servicios para los Miembros

al <<1-877-280-5600>> y alguien le ayudará.