

## Autorización para divulgar información

El presente formulario se emplea para divulgar su información médica protegida conforme a las leyes federales y estatales de privacidad. Su autorización permite a Care Improvement Plus (su empresa de seguros médicos) proporcionar la información protegida sobre su salud a una persona u organización que usted elija. Puede revocar la autorización en cualquier momento enviando una solicitud escrita a Care Improvement Plus (para recibir instrucciones más detalladas comuníquese con el Departamento de atención a miembros). La revocación de esta autorización no afecta ninguna acción previa a la recepción de su solicitud escrita.

### Información del miembro: (la persona cuya información se divulgará) [en letra de imprenta]

<b>Nombre:</b> (primer y segundo nombres, apellido y cargo)	<b>Número de identificación del miembro:</b>	<b>Fecha de nacimiento:</b> (mes/día/año)
---	--	--

<b>Dirección:</b> (incluir código postal)	<b>Número de teléfono:</b> (incluir código de área)
---	---

### Receptor: (persona u organización que recibirá su información) [en letra de imprenta]

<b>Nombre de la persona u organización:</b>	<b>Relación:</b>	<b>Número de teléfono:</b> (incluir código de área)
---	------------------	---

<b>Dirección:</b> (incluir código postal)	<b>Número de fax:</b> (si está disponible)
---	--

<b>Nombre de la persona u organización:</b>	<b>Relación:</b>	<b>Número de teléfono:</b> (incluir código de área)
---	------------------	---

<b>Dirección:</b> (incluir código postal)	<b>Número de fax:</b> (si está disponible)
---	--

<b>Nombre de la persona u organización:</b>	<b>Relación:</b>	<b>Número de teléfono:</b> (incluir código de área)
---	------------------	---

<b>Dirección:</b> (incluir código postal)	<b>Número de fax:</b> (si está disponible)
---	--

### Descripción de la información a divulgar: (el tipo de información que se suministrará) [en letra de imprenta]

- Toda la información relacionada con la provisión y el pago de mis beneficios o servicios de atención médica.\***  
 **La información específica descrita a continuación:\***

Ejemplos: la reclamación relacionada con mi servicio el día (fecha); la información de la apelación relacionada con mi reclamación el día (fecha)

**\*NOTA:** La ley del estado puede exigir que otorgue autorización específica para divulgar la siguiente información, incluso si marcó una de las casillas anteriores. Autorice a Care Improvement Plus a publicar la siguiente información; para ello, coloque sus iniciales en todas las opciones que correspondan.

<b>Información genética</b> _____ (iniciales)	<b>VIH/SIDA</b> _____ (iniciales)
<b>Abuso de sustancias/alcohol</b> _____ (iniciales)	<b>Salud mental/conductual</b> _____ (iniciales)

### Vencimiento: (cuándo caduca esta autorización) [en letra de imprenta]

Esta autorización vencerá cuando finalice mi inscripción a Care Improvement Plus, a menos que especifique otra fecha o evento a continuación:  **Fecha:** \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ (mm/dd/aaaa)  **Evento:** Cuando se produzca el siguiente evento:

Ejemplos: mi revocación de esta autorización; la resolución de un problema específico

### Aprobación: (Usted O su representante personal deben firmar y fechar este formulario para completarlo).

Entiendo que esta autorización para divulgar información es voluntaria y no representa una condición de afiliación a Care Improvement Plus, de elegibilidad para beneficios ni de pago de reclamaciones. También entiendo que si la persona u organización a las que autorizo a recibir la información antes descrita no están sujetas a las leyes federales de privacidad de la información médica, las mismas estarían facultadas para revelarla, con lo cual dicha información podría dejar de estar protegida por las citadas leyes.

**Firma del miembro:** Al firmar a continuación, autorizo la utilización de mi información médica protegida.

\_\_\_\_\_  
(Firma del miembro) \_\_\_\_\_  
(Fecha)

**Información del representante personal:** Un representante personal es una persona con autoridad legal para actuar en nombre de otra. En el plan de salud debe estar archivada una copia del poder legal o de otro expediente judicial con valor legal.

\_\_\_\_\_  
(Nombre del representante personal en letra de imprenta) \_\_\_\_\_ (Fecha) (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
(Número de teléfono)

\_\_\_\_\_  
(Firma del representante personal) \_\_\_\_\_  
(Descripción de la autoridad del representante)

CONSERVE UNA COPIA DE ESTE FORMULARIO Y LAS INSTRUCCIONES PARA SUS REGISTROS

## Instrucciones para la Autorización para revelar información

Es necesario que rellene el formulario de autorización para divulgar información adjunto a fin de que su plan de salud, Care Improvement Plus, pueda revelar información protegida sobre su salud a otra persona u organización. Léalo y complételo. En el mismo se destaca una serie de puntos importantes. Debe completar todas las secciones del formulario; si falta algún dato se demorará el procesamiento de la autorización.

- Incluya su número de identificación de miembro.
- En la sección “Receptor”, detalle el nombre de la persona u organización autorizadas para recibir su información médica. Cerciórese de incluir la información de contacto del receptor, como su número de teléfono, número de fax o dirección.
- Lea la sección “Descripción de la información a divulgar” antes de completarla.
  - ✓ Debe marcar sólo **una** de las tres casillas provistas.
  - ✓ Si en su atención médica suele asistirlo otra persona, por ejemplo, su esposo, esposa, hijo o hija, quizá desee brindarle acceso a toda su información. Para ello marque la segunda casilla de esta sección y escriba sus iniciales en el área o áreas correspondientes de la sección “Notas”.
  - ✓ Si alguien lo ayuda a resolver un tema específico, como una apelación, marque la casilla “Información específica” y escriba sus iniciales en el área o áreas correspondientes de la sección “Notas”.
- Debe constar un “Vencimiento”. La fecha de vencimiento predeterminada es la finalización de su inscripción a Care Improvement Plus. Puede hacer que la autorización continúe en vigencia hasta que la evoque por escrito o indicar que la misma vencerá en una fecha específica o al finalizar un evento, como una apelación.
- La autorización debe contener su firma o la de su representante legal (como un poder legal o guardián legal). Si la firma un representante legal, debe presentarse acompañada por una copia de los documentos legales que atestiguan que el representante está facultado para actuar en su nombre.

Si considera que alguno de los puntos marcados no es correcto o si tiene alguna duda, llámenos al teléfono 1-800-204-1002. Los usuarios de TTY deben llamar al teléfono 711. Lo atenderemos de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los siete días de la semana.