

Autorización para Divulgar Información

Nombre del Miembro/Paciente

Fecha de Nacimiento

N.º de Id. del Miembro/Paciente, N.º de Seguro Social o N.º de Historial Clínico
(Marcar Una Opción con Un Círculo)

Dirección

Ciudad

Estado

Código Postal

Entiendo que esta autorización es voluntaria. Entiendo que mi información de salud puede estar protegida por las Normas Federales sobre la Privacidad de la Información de Salud Individualmente Identificable (Título 45 del Código de Reglamentos Federales, Partes 160 y 164), las Normas Federales sobre la Confidencialidad de los Registros de Abuso de Alcohol y de Drogas de Pacientes (Título 42 del Código de Reglamentos Federales, Capítulo I, Parte 2), y/o leyes estatales. Entiendo que mi información de salud puede estar sujeta a una nueva divulgación por parte del receptor y que, si la organización o persona autorizada para recibir la información no es un plan de salud o proveedor de atención de la salud, la información divulgada ya no estará protegida por las normas federales de privacidad.

Entiendo que mis registros pueden contener información acerca de mi salud mental, dependencia o consumo de sustancias, o sexualidad, y también pueden contener información confidencial relacionada con el VIH/SIDA. Entiendo además que, al firmar este documento, autorizo que estos registros se divulguen a o se intercambien con las partes que se mencionan a continuación.

Asimismo, entiendo que mi plan de salud no puede condicionar el tratamiento, el pago, la inscripción ni la elegibilidad para recibir beneficios al hecho de que firme o no este formulario, a excepción de ciertas determinaciones de elegibilidad o inscripción anteriores a mi inscripción en el plan de salud, y a excepción de la atención de salud que tenga el fin exclusivo de crear información de salud protegida para divulgarla a un tercero.

Entiendo que puedo revocar esta designación en cualquier momento mediante el envío de una notificación por escrito a USBHPC, pero, si lo hago, la revocación no tendrá efecto en ninguna medida que haya tomado USBHPC antes de recibir mi revocación.

Mediante el presente documento autorizo a USBHPC a (marcar todo lo que corresponda):

- Intercambiar con Divulgar a Obtener de **las partes que**
detalle más abajo

Mediante el presente documento autorizo a USBHPC a intercambiar/divulgar/obtener información:

- sólo verbalmente sólo por escrito tanto verbalmente como
por escrito

Persona/organización que recibe/comunica la información:

Nombre: _____

Dirección: _____

Número de Teléfono: (_____) _____

Descripción de información de salud individualmente identificable (marque los tipos de información que correspondan) que se debe divulgar/intercambiar/obtener:

- Toda Plan(es) de Tratamiento
- Reclamos Informes de Evolución de
Paciente Ambulatorio
- Elegibilidad/Beneficios Sólo Asistencia
- Registros clínicos utilizados para tomar determinaciones de beneficios (pueden incluir información sobre VIH/SIDA y/o Abuso de Sustancias)
- Todos los registros relacionados con un reclamo de discapacidad
- Toda la documentación pertinente que USBHPC considere adecuada para los fines que se indican a continuación
- Otra (describir):

El fin de esta divulgación es (marque todas las casillas que correspondan):

- Permitir el manejo y la coordinación clínicamente indicados del tratamiento de salud mental y/o por abuso de sustancias del Miembro/Paciente y/o la cobertura conforme al plan de beneficios de salud del Miembro/Paciente (Administración y Coordinación de la Atención)
- Administración de Beneficios
- Administración de un reclamo de Compensación del Seguro Obrero
- Administración/Pago de Reclamos
- Administración de un reclamo por Discapacidad
- Referencia de Tratamiento Exigida por la Empresa
- Citación u otro proceso legal
- Divulgar los registros físicos descritos arriba
- Otro (describir):

EL MIEMBRO/PACIENTE O EL REPRESENTANTE DEL MIEMBRO/PACIENTE DEBE LEER Y FIRMAR O ESCRIBIR SUS INICIALES EN LAS SIGUIENTES DECLARACIONES:

Entiendo que esta autorización vencerá:

- En ____/____/____ (MM/DD/AA), o una vez que se cancele la cobertura de la póliza, o 60 días después de finalizado el tratamiento, lo que ocurra primero.

O

- Una vez que ocurra el siguiente evento:

(Se debe llenar el formulario antes de firmarlo)

Firma del Miembro/Paciente/Tutor Legal o Representante del Miembro/Paciente Fecha

Firma del Paciente/Miembro Menor de Edad Fecha

Nombre en Letra de Imprenta del Representante del Miembro/Paciente Relación con el Miembro/Paciente

El paciente, o la persona que firma este formulario, tiene derecho a recibir una copia del Formulario de Consentimiento. Se ha solicitado y recibido una copia de este formulario:

_____ Sí _____ No **Iniciales:** _____ (paciente)

USTED PUEDE REHUSARSE A FIRMAR ESTA AUTORIZACIÓN