

Sección 1 | Información del miembro

Asegúrese de completar toda esta sección. Por ejemplo, si vive en un edificio, incluya el número de su apartamento. También necesitaremos su número de identificación de miembro para encontrarlo en nuestro sistema.

Sección 2 | El propósito de esta autorización

Indique por qué desea que divulguemos o compartamos su información con este individuo o entidad.

Sección 3 | Persona o entidad con la que se divulgará o compartirá la PHI

Escriba el nombre completo de la persona o entidad con la que desea que compartamos o divulguemos su información. Sea específico, no use términos generales como “mi hija” o “mi hijo”. Si le da permiso a esta persona o entidad para que reciba una copia impresa de sus registros, también necesitaremos su dirección.

Tenga en cuenta que si desea que compartamos su información con más de un individuo o entidad, deberá completar un formulario separado para cada individuo o entidad con quien desea que compartamos su información.

Sección 4 | Tipo de información que Healthfirst tiene la autorización de divulgar o compartir

4.1 Divulgación de mi información protegida de salud

Complete esta sección si le gustaría determinar el tipo específico de información que desea que Healthfirst divulgue a un individuo o entidad autorizados.

La información que se envíe por correo electrónico estará cifrada. Para acceder a su información, siga las instrucciones del correo electrónico que reciba.

4.2 Selección de un representante personal

Complete esta sección si desea que un representante personal tenga acceso continuo a su información protegida de salud (PHI, por sus siglas en inglés), y haga cambios y tome decisiones en su nombre.

Sección 5 | Vencimiento y cancelación

Proporcione una fecha de vencimiento (finalización) o describa el evento que hará que venza la autorización. En ningún caso esta autorización podrá exceder los veinticuatro (24) meses desde la fecha en que se firma el formulario.

Sección 6 | Información importante que necesito saber

Es fundamental que lea la información en esta sección antes de firmar este formulario.

Instrucciones para la autorización para divulgar información protegida de salud (PHI)

Sección 7 | Firma del miembro o la parte autorizada

Firma del miembro adulto o la parte autorizada

Si quien firma este formulario es el miembro adulto o la parte autorizada, marque la casilla que corresponda para indicar su relación con el miembro. Firme y escriba su nombre en letra imprenta; no se olvide de incluir la fecha.

Firma de miembros menores

Si quien firma este formulario es un menor, marque la casilla que corresponda. Firme y escriba su nombre en letra imprenta; no se olvide de incluir la fecha.

Tenga en cuenta que si quien firma este formulario es el miembro, su nombre en esta sección debe coincidir con el nombre que se aparece en la Sección 1.

Si usted firma este formulario en nombre del miembro, debe proporcionar la documentación de respaldo que le autoriza a representar al miembro.

Ejemplos de documentación de respaldo (es decir, documentación legal):

Poder notarial	Este documento legal le brinda a alguien de su confianza permiso para actuar en su nombre en asuntos de facturación/pago del cuidado médico, que pueden incluir cierta información de salud. Este individuo no puede tomar decisiones por usted acerca del cuidado médico.
Certificado de albacea	Este documento legal se usa cuando el miembro ha fallecido y se asigna a un individuo para que se encargue del patrimonio/asuntos del miembro fallecido.
Representante del cuidado de la salud	Este documento le brinda a alguien de su confianza permiso para tomar decisiones relacionadas con el cuidado médico si usted no puede tomar decisiones o está incapacitado. NOTA: la documentación clínica que respalda la incapacidad del miembro para tomar decisiones debe adjuntarse al formulario de representación de cuidados médicos firmado.
Comprobante de la tutela	Este documento judicial le brinda a un individuo designado por el tribunal la autoridad para actuar en nombre del miembro y para cuidar al miembro, lo que incluye su propiedad, cuidado médico, etc.

Devuelva este formulario completo y cualquier documentación pertinente a

Servicios a los Miembros de Healthfirst
Por correo: PO Box 5165, New York, NY 10274-5165
Fax: 1-212-801-3250

Al completar o firmar este formulario, yo, o una parte autorizada, permito que Healthfirst comparta mi PHI con las personas o entidades que figuran a continuación. Al mencionar a Healthfirst, también me refiero a subsidiarias, afiliadas, empleados, agentes y subcontratistas de la compañía. Si necesita ayuda para completar este formulario, lea las instrucciones. O comuníquese con Servicios a los Miembros al número de teléfono que figura en su tarjeta de identificación de miembro.

Sección 1 | Información del miembro

Nombre	Inicial del segundo nombre	Apellido		
Número de identificación del miembro	Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA) ____/____/____	Número de teléfono		
Dirección postal	Ciudad	Estado	Código postal	

Sección 2 | El propósito de esta autorización

Seleccione o especifique el motivo de esta solicitud de autorización.

Para mi uso personal Otro (especifique): _____

Sección 3 | Persona o entidad con la que se divulgará o compartirá la PHI

Marque la casilla que indique su relación con la persona o entidad:

Cónyuge Pareja de hecho Hijo(a) adulto(a) Padre/madre Otra (especifique): _____

Complete la siguiente información:

Nombre completo del individuo o la entidad

Dirección postal	Ciudad	Estado	Código postal
Correo electrónico	Número de teléfono		

Sección 4 | Tipo de información que Healthfirst tiene la autorización de divulgar o compartir

Seleccione la opción que corresponda y complete la sección. Si está autorizando a Healthfirst a divulgar su PHI y seleccionar un representante personal, asegúrese de seleccionar y completar las dos secciones que figuran a continuación.

4.1 Divulgación de mi información protegida de salud

Método de divulgación: Deseo que Healthfirst divulgue la siguiente información por
 correo *o* correo electrónico

Fecha de servicio: desde el _____ hasta el _____

Tipo de información que se divulgará:

1. Información de salud estándar: Reclamaciones y apelaciones relacionadas
 Facturación/inscripción Otra (especifique): _____

2. La información confidencial **no** se divulgará a menos que lo solicite específicamente al marcar la casilla y poner sus iniciales en el espacio que aparece al lado de su selección:

- Salud mental _____ Infecciones de transmisión sexual (ITS) _____
 VIH/SIDA _____ Salud reproductiva/de planificación familiar _____
 Toda la información confidencial _____

TRASTORNO DEBIDO AL USO DE SUSTANCIAS (SUD) Con el fin de cumplir con las Normas federales para la confiabilidad de las historias clínicas de pacientes con trastornos por abuso de alcohol y drogas (Título 42 del Código de Regulaciones Federales, Capítulo I, Parte 2), se debe usar el formulario de Autorización para la divulgación de información protegida de salud (PHI) en relación con un trastorno debido al uso de sustancias (SUD, por sus siglas en inglés) para solicitar información sobre este tipo de trastorno.

4.2 Selección de un representante personal

Identifique el tipo de permiso que le otorga a este representante personal (marque todas las opciones que correspondan):

- Realizar cambios en el proveedor de cuidado primario (PCP, por sus siglas en inglés)
 Analizar información en relación con cuestiones de facturación/pago del cuidado médico
 Analizar información en relación con mi diagnóstico, tratamiento de enfermedad/afección o mi cobertura. Esto puede incluir hablar con mi administrador(a) de cuidados e involucrarse en la toma de decisiones con respecto a mi cuidado.

Entiendo que esta autorización le permitirá a mi persona autorizada acceder a mi información de salud.

Sección 5 | Vencimiento y cancelación

Esta autorización vencerá 24 (veinticuatro) meses a partir de la fecha en la que se firme. Ingrese una fecha o evento que producirá el vencimiento.

La autorización vencerá el ____/____/____ (MM/DD/AAAA) o

una vez que ocurra el siguiente evento: _____

Derecho a cancelar: Puedo cancelar este formulario de autorización en cualquier momento. Si lo deseo, puedo escribir a la Oficina de Privacidad de Healthfirst por correo postal a P.O. Box 5183, NY, NY 10274-5183, o por correo electrónico a HIPAAprivacy@healthfirst.org.

Entiendo que no afectará ninguna acción que Healthfirst realice antes de recibir mi solicitud de cancelación.

Sección 6 | Información importante que necesito saber

Mi firma a continuación significa que entiendo y estoy de acuerdo con lo siguiente:

- Esta autorización es voluntaria y se puede cancelar en cualquier momento. Mi cancelación no afectará ninguna acción que Healthfirst realice antes de recibir mi solicitud de cancelación.
- A excepción de la información de VIH/SIDA, mi información de salud puede estar sujeta a que la persona que la reciba la vuelva a divulgar y ya no estar protegida por las reglamentaciones de privacidad, si la organización o la persona autorizada a recibir la información no es un proveedor de cuidado médico o plan de salud.
- Healthfirst no puede condicionar mi tratamiento, pago, inscripción o elegibilidad para beneficios o pagos por servicios si no firmo este formulario. Sin embargo, sin un formulario válido, mi solicitud para divulgar información a el/los individuo(s) o la(s) entidad(es) nombrados arriba no tendrá efecto.

Sección 7 | Firma del miembro o la parte autorizada

Seleccione la sección que corresponda y firme con su nombre.

Firma del miembro adulto o su parte autorizada
(Marque la casilla que corresponda)

- Es el miembro o el representante legal del miembro (marque con un círculo): Poder notarial, representante, comprobante de tutela, otro: _____
- Es el padre/madre o tutor legal de un menor y la información compartida **no** incluye una de las siguientes condiciones “confidenciales”:
 - a. Salud mental
 - b. Infecciones de transmisión sexual (ITS)
 - c. VIH/SIDA
 - d. Salud reproductiva/planificación familiar (incluidos métodos anticonceptivos, atención prenatal, y abortos)

Firma _____

Nombre en letra de imprenta: _____

Fecha _____

Firma del miembro menor
(marque todas las casillas que correspondan)

- Está casado(a)
- No está emancipado(a), tiene entre 12 y 17 años de edad y la información autorizada para la divulgación incluye una de las siguientes condiciones confidenciales:
 - a. Salud mental
 - b. Infecciones de transmisión sexual (ITS)
 - c. VIH/SIDA
 - d. Salud reproductiva/planificación familiar (incluidos métodos anticonceptivos, atención prenatal, y abortos)

Firma _____

Nombre en letra de imprenta: _____

Fecha _____

NOTA: Si la persona que firma este formulario de autorización no es el miembro, proporcione el documento pertinente que lo autorice a actuar en nombre del miembro (por ejemplo: poder notarial, comprobante de tutela, certificado de albacea, etc.). Consulte la página 2 de las **Instrucciones para la autorización para divulgar información protegida de salud (PHI)** para obtener ejemplos de documentación aprobada.

Devuelva este formulario completo y cualquier documentación pertinente a

Servicios a los Miembros de Healthfirst
Por correo: PO Box 5165, New York, NY 10274-5165
Fax: 1-212-801-3250