

Autorización para divulgar información protegida de salud (PHI)

¿Desea dar acceso a alguien a su información de salud?

Llene y firme este formulario y envíelo por correo postal, fax o correo electrónico. Para obtener ayuda, llame al número de teléfono de Servicios a los Miembros que figura en su tarjeta de identificación de miembro de Healthfirst.

Firme este formulario o no podrá ser procesado.

Sección 1 Información del miembro			
Nombre	Inicial del segundo nombre	Apellido	
Identificación del miembro	Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)	Número de teléfono	
Dirección postal (incluya el número de apartamento y edificio)			
Ciudad	Estado	Código postal	
Correo electrónico			
Sección 2 Motivo de esta solicitud de autorización			
<input type="radio"/> Para mi uso <input type="radio"/> Otros motivos (especifique): _____			
Sección 3 ¿Con quién compartirá su información? (Marque todas las opciones que correspondan).			
<input type="radio"/> Cónyuge <input type="radio"/> Pareja <input type="radio"/> Hijo adulto <input type="radio"/> Padre/madre <input type="radio"/> Otro (especifique): _____			
Complete la siguiente información:			
Nombre completo del individuo o la entidad			
Dirección postal (incluya el número de apartamento y edificio)			
Ciudad	Estado	Código postal	
Correo electrónico		Número de teléfono	

Sección 4 ¿Qué información desea compartir?

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 _____

TENGA EN CUENTA: de conformidad con la ley federal, si desea compartir información sobre el uso de sustancias, tendrá que completar otro formulario (formulario de Autorización para la divulgación de información protegida de salud en relación con un trastorno debido al uso de sustancias [SUD, por sus siglas en inglés]).

Fecha de servicio

del _____ al _____

Método de divulgación:

Deseo que Healthfirst divulgue la información anterior por correo postal correo electrónico

Sección 5 Vencimiento y cancelación

Esta autorización vencerá automáticamente 24 meses a partir de la fecha en la que se firme. Si desea que venza antes, indique la fecha:

- La autorización vencerá el _____ / _____ / _____ (MM/DD/AAAA)
 una vez que ocurra el siguiente evento: _____

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

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

Sección 6 Antes de firmar...

Su firma significa que entiende y está de acuerdo con lo siguiente:

- Esta autorización es voluntaria y se puede cancelar en cualquier momento. Si la cancela, no afectará ninguna acción que Healthfirst realice antes de recibir esta solicitud.
- Si la persona u organización que usted autoriza a recibir su información no es un plan de salud ni un proveedor de cuidado de la salud, es posible que su información (a excepción de la información sobre el VIH/SIDA) ya no esté protegida por las normas de privacidad.
- Si no firma este formulario, no afectará su tratamiento, pago o elegibilidad para los beneficios de Healthfirst; sin embargo, no podremos compartir su información.

Sección 7 Tenga en cuenta

Se requiere su firma si corresponde alguna de las siguientes opciones:

- Tengo 18 años o más.
- Soy menor de 18 años y estoy casado(a) o emancipado(a).
- La información que se divulgará está relacionada con un tratamiento por el uso de drogas o alcohol.
- La información que se divulga está relacionada con alguna de las siguientes afecciones y el estado en el que resido permite que reciba tratamiento incluso si mis padres o mi tutor legal no están de acuerdo con mi decisión:
 - Salud mental
 - Enfermedades de transmisión sexual (incluido el VIH/SIDA)
 - Salud reproductiva (incluidos métodos anticonceptivos, atención prenatal y abortos)
 - Medicina general y salud dental

Sección 8 Firma del miembro o representante legal

Tenga en cuenta que, si la persona que firma este formulario es el miembro, el nombre en esta sección debe coincidir con el nombre que figura en la sección 1.

Firma

Nombre en letra de imprenta

Fecha

_____ / _____ / _____

NOTA: si la persona que firma este formulario de autorización no es el miembro, indique la relación con el miembro a continuación y proporcione el documento pertinente que lo autoriza a actuar en nombre del miembro (por ejemplo: poder notarial, comprobante de tutela, certificado de albacea, representante de cuidado de la salud etc.).

Devuelva este formulario completo y firmado y cualquier documentación pertinente a

Healthfirst Member Services

Correo postal: P.O. Box 5165, New York, NY 10274-5165

Fax: 1-212-801-3250

Correo electrónico: CCO-Member_Record_Request@healthfirst.org

No olvide firmar y fechar este formulario en la sección 8.