

Sección 1 | Información del miembro

Asegúrese de llenar toda esta sección. Por ejemplo, si vive en un edificio, incluya el número de su apartamento. Y asegúrese de incluir su número de identificación de miembro de Healthfirst para que lo encontremos fácilmente en nuestro sistema.

Sección 2 | El propósito de esta autorización

Díganos 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 por correo de sus registros, necesitaremos su dirección.

Si desea que compartamos su información con más de un individuo o entidad, deberá completar un formulario separado para cada uno.

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

Complete esta sección si le gustaría seleccionar 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 (se enviará de forma segura). Para ver su información, siga las instrucciones del correo electrónico que reciba.

Sección 5 | Vencimiento y cancelación

Proporcione una fecha de vencimiento (finalización) o describa el evento que hará que venza esta autorización. Puede escribir “hasta el fin de mi cuidado” o “hasta que deje de ser miembro de Healthfirst” si quiere continuar compartiendo su información con la o las personas que ha elegido.

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 de la parte autorizada

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

Firma de miembros menores

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

Tenga en cuenta lo siguiente: si quien firma este formulario es el miembro, su nombre en esta sección debe coincidir con el nombre que 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 (por ejemplo, documentación legal)

Poder notarial	Este documento legal le brinda a alguien de su confianza el 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 de cuidado médico por usted.
Certificado de albacea	Este documento legal se usa cuando el miembro (usted) ha fallecido y se asigna a un individuo para que se encargue del patrimonio/asuntos del miembro fallecido.
Representante de 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 (su incapacidad) para tomar decisiones debe adjuntarse al formulario de representación de cuidados médicos firmado.
Comprobante de la tutela	Este documento le brinda a un individuo designado por el tribunal la autoridad para actuar en nombre del miembro (usted) y para cuidarle, lo que incluye su propiedad, cuidado médico, etc.

Mediante correo, fax o correo electrónico, envíe este formulario completo y cualquier documentación pertinente a

Servicios a los Miembros de Healthfirst

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

Fax: 1-212-801-3250

Correo electrónico: CCO-Member_Record_Request@healthfirst.org

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, afiliados, empleados, agentes y subcontratistas de la compañía. Para obtener ayuda para completar este formulario, llame al número de teléfono de Servicios a los Miembros que figura en su tarjeta de identificación de miembro de Healthfirst.

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 | El propósito de esta autorización

Seleccione el motivo de esta solicitud de autorización.

Para mi uso Otros (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 Hijo adulto Padre/madre 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 | Tipo de información que Healthfirst tiene la autorización de divulgar o compartir

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

Otro (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, por sus siglas en inglés): 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) para solicitar información sobre este tipo de trastorno.

Sección 5 | Vencimiento y cancelación

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

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 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 y 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 la parte autorizada (Marque la casilla que corresponda)	Firma del miembro menor (marque todas las casillas que correspondan)
<p>Es el miembro o el representante legal del miembro (marque con un círculo): Poder notarial, representante, comprobante de tutela, otro: _____</p> <p>Es el padre/madre o tutor legal de un menor y la información compartida no incluye una de las siguientes condiciones “confidenciales”:</p> <ul style="list-style-type: none">a. Salud mentalb. Infecciones de transmisión sexual (ITS)c. VIH/SIDAd. Salud reproductiva/planificación familiar (incluidos métodos anticonceptivos, atención prenatal y abortos) <p>Firma _____</p> <p>Nombre en letra de imprenta _____</p> <p>Fecha _____</p>	<p>Está casado(a)</p> <p>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:</p> <ul style="list-style-type: none">a. Salud mentalb. Infecciones de transmisión sexual (ITS)c. VIH/SIDAd. Salud reproductiva/planificación familiar (incluidos métodos anticonceptivos, atención prenatal y abortos) <p>Firma _____</p> <p>Nombre en letra de imprenta _____</p> <p>Fecha _____</p>

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
Correo: P.O. Box 5165, New York, NY 10274-5165
Fax: 1-212-801-3250
Correo electrónico: CCO-Member_Record_Request@healthfirst.org

[ESCRIBA EN LETRA DE IMPRENTA]

Este formulario identifica a una persona que tiene autoridad legal para actuar en nombre de un miembro de Healthfirst a la hora de tomar decisiones relacionadas con el cuidado de la salud del miembro. Esta disposición se aplica a las personas con comprobante de la tutela legal, poder notarial u otra autoridad legal documentada para actuar en nombre de un miembro. Las preguntas sobre este formulario deben dirigirse a Servicios a los Miembros al número que aparece en la tarjeta de identificación de miembro.

Información del miembro (Incluya cualquier letra delante del número en la tarjeta de identificación de miembro)

Nombre (Primero, segundo, apellido, título)	Número de identificación del miembro
Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA) ____/____/____	Sexo Masculino Femenino No binario
Dirección (incluido el código postal)	
Número de teléfono fijo (incluido el código de área)	Número de teléfono durante el día (incluido el código de área)
Correo electrónico	

Información sobre el representante personal

Nombre (Primero, segundo, apellido, título)	Apellido de soltera de la madre del representante autorizado/personal (se usará para verificar la identidad)
Dirección (incluido el código postal)	Número de teléfono (incluido el código de área)

Se debe adjuntar un poder notarial u otro documento legal a este formulario para procesarlo. Adjunte documentación de respaldo y describa (por ejemplo, poder notarial, orden de custodia, certificado de albacea).

Tipo de documentación

Firma/fecha (El representante autorizado/personal legal del miembro debe firmar y fechar este formulario para que se procese).

Nombre en letra de imprenta _____
Firma del representante autorizado/personal _____ Fecha _____

CONSERVE UNA COPIA DE ESTE DOCUMENTO PARA SUS REGISTROS

Información importante sobre sus representantes autorizados/personales

La Norma de privacidad federal requiere que Healthfirst siga ciertos procedimientos antes de brindar acceso a alguien que no sea usted a su información protegida de salud (PHI). La PHI es información suya que puede ser usada razonablemente para identificarle y que se relaciona con su salud o afección pasada, presente y futura, tanto física como mental, y con su prestación de cuidado médico o los pagos que realice por ese cuidado.

Divulgaremos la PHI a su representante autorizado/personal luego de recibir una autorización válida de la HIPAA.

También reconoceremos como representante autorizado/personal a un ejecutor, administrador o a una persona reconocida por la ley con la autoridad de actuar en nombre de un miembro fallecido o del patrimonio del miembro.

Healthfirst **no** tratará a nadie como su representante autorizado/personal si creemos con fundamentos lo siguiente:

- (1) que usted puede ser víctima de violencia doméstica, abuso o negligencia por parte del representante autorizado/personal;
- (2) que tratar a la persona como representante autorizado/personal podría ponerle en peligro, o (3) en ejercicio de juicio profesional (por ejemplo, a juicio de un profesional con matriculado), Healthfirst decide que tratar a la persona como su representante autorizado/personal no es lo mejor para usted.

La designación de un representante autorizado/personal permanecerá teniendo efecto hasta ser revocada por el miembro, una orden judicial o una ley aplicable.

Para ayudarnos a responder esta solicitud, complete este formulario en letra de imprenta o a máquina dentro de los espacios que se le brindan. Adjunte páginas adicionales si fuera necesario para clarificar su solicitud. Adjunte una copia del documento que respalde la autoridad legal de su representante autorizado/personal para actuar en su nombre.

Mediante correo, fax o correo electrónico, envíe este formulario completo y la documentación respaldatoria a

Servicios a los Miembros de Healthfirst

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

Fax: 1-212-801-3250

Correo electrónico: CCO-Member_Record_Request@healthfirst.org

Si tiene alguna pregunta sobre este formulario, llame a Servicios a los Miembros al número de teléfono en su tarjeta de identificación de miembro.

CONSERVE UNA COPIA DE ESTE DOCUMENTO PARA SUS REGISTROS

© 2022 HF Management Services, LLC

0246-22_SP

Formulario de solicitud de representante autorizado/personal | *Página 7 de 7*