

A. INFORMACIÓN DEL MIEMBRO

Nombre: _____ Apellido: _____ Inicial del segundo nombre: _____
N.º de identificación del miembro: _____ Fecha de nacimiento: _____
N.º de teléfono: _____ Dirección: _____
Ciudad y estado: _____ Código postal: _____

B. CANTIDAD Y TIPO DE INFORMACIÓN

Autorizo a Healthfirst a compartir mi información sobre Trastornos por abuso de sustancias (SUD) según se indica a continuación:

- Toda mi información de SUD
- Solo los siguientes registros de SUD (sea lo más específico posible; por ejemplo, solo resumen de alta, solo análisis, solo reclamaciones pagadas, solo autorizaciones): _____

Las fechas de los registros que están sujetas a esta autorización son: desde _____ hasta _____

C. QUIÉN RECIBE ESTA INFORMACIÓN

Autorizo a Healthfirst a compartir mi información de SUD como se especifica en este formulario con el individuo o la entidad que se menciona a continuación:

Seleccione la opción que corresponda: Proveedor Proveedor que no proporciona el cuidado Otro

Sea lo más específico posible aquí

Nombre del individuo*: _____

Nombre de la entidad**: _____

Dirección: _____

N.º de teléfono: _____ Correo electrónico: _____

*Si desea que compartamos su información con más de un individuo o entidad, ingrese la misma información sobre los destinatarios adicionales en la sección I que se encuentra en el dorso de este formulario.

**Si la entidad es una entidad proveedora que no proporciona cuidados (por ejemplo, estudio jurídico, seguro de vida, PPS), indique el nombre específico de la persona a quien se divulgará la información.

D. POR QUÉ SE DIVULGA ESTA INFORMACIÓN

Autorizo a Healthfirst a compartir mi información de SUD para el siguiente propósito (sea lo más específico posible):

E. VENCIMIENTO Y REVOCACIÓN

Si no se proporciona un evento o fecha de vencimiento, este formulario vencerá en un plazo no superior a 24 (veinticuatro) meses desde la fecha en que se firma.

Esta autorización vencerá: En esta fecha específica: _____
 Una vez que ocurra el siguiente evento: _____

Derecho a revocar: puedo revocar 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. Mi revocación no afectará ninguna acción que Healthfirst realice antes de recibir mi solicitud de revocación.

F. INFORMACIÓN IMPORTANTE QUE NECESITO SABER

Mi firma a continuación significa que entiendo que mis registros de SUD están protegidos por las regulaciones federales que rigen la Confidencialidad y Registros de pacientes con Trastornos por abuso de sustancias, 42 C.F.R. Parte 2, y la Ley de portabilidad y responsabilidad del seguro médico de 1996 ("HIPAA"), 45 C.F.R. Partes 160 y 164. La información de mi SUD no se puede divulgar sin mi consentimiento por escrito a menos que las regulaciones establezcan lo contrario.

G. FIRMA DEL MIEMBRO O DE LA PARTE AUTORIZADA

Debe firmar este formulario si es el miembro o el representante legal del miembro.

Firma: _____

Nombre en letra de imprenta: _____ Fecha: _____

Si la persona que firma esta autorización no es el miembro, describa su relación con el miembro (por ejemplo, padre/madre/tutor legal, representante legal, etc.):

NOTA: si a esta autorización la firma el representante legal del miembro, debe proporcionar el documento legal pertinente que le autorice a actuar en nombre del miembro (por ejemplo, un poder notarial, un comprobante de tutela legal, un certificado de albacea).

H. DÓNDE ENVIAR EL FORMULARIO COMPLETO

Regrese este formulario completo y cualquier documentación pertinente a **Servicios a los Miembros de Healthfirst a:**

P.O. Box 5165 | New York, NY 10274-5165

Fax: 1-212-801-3250

I. INFORMACIÓN SOBRE DESTINATARIOS ADICIONALES (RELACIONADA CON LA SECCIÓN C)

Seleccione la opción que corresponda: Proveedor Proveedor que no proporciona el cuidado Otro

Sea lo más específico posible aquí

Nombre del individuo: _____

Nombre de la entidad** : _____

Dirección: _____

N.º de teléfono: _____ Correo electrónico: _____

Seleccione la opción que corresponda: Proveedor Proveedor que no proporciona el cuidado Otro

Sea lo más específico posible aquí

Nombre del individuo: _____

Nombre de la entidad** : _____

Dirección: _____

N.º de teléfono: _____ Correo electrónico: _____

Seleccione la opción que corresponda: Proveedor Proveedor que no proporciona el cuidado Otro

Sea lo más específico posible aquí

Nombre del individuo: _____

Nombre de la entidad** : _____

Dirección: _____

N.º de teléfono: _____ Correo electrónico: _____

**Si la entidad es una entidad proveedora que no proporciona cuidados (por ejemplo, estudio jurídico, seguro de vida, PPS), indique el nombre específico de la persona a quien se divulgará la información.