



# Divulgación de información Autorización del Miembro Para Utilizar o Revelar Información Médica Protegida



**Estimado miembro:** Al firmar este formulario, usted autoriza a Central California Alliance for Health a usar o revelar su información médica protegida para el propósito específico que se describe a continuación.

**\*\* PUEDE REHUSARSE A FIRMAR ESTE FORMULARIO \*\***

## Información del miembro

Nombre: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_  
Teléfono: \_\_\_\_\_  
Número de identificación del miembro: \_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento del miembro: \_\_\_\_\_

## Por favor lea atentamente las siguientes declaraciones:

**Sin condiciones:** Si decide no firmar esta autorización, esto no afectará la inscripción en nuestro plan de salud ni su elegibilidad para recibir beneficios de salud.

**Efecto de firmar este formulario:** La información médica protegida que se describe a continuación puede ser revelada de nuevo a una tercera entidad que no sea un proveedor de cuidado de salud ni un plan de salud cubierto por las leyes federales de privacidad.

**Derecho de acceso del miembro:** Usted tiene derecho a revisar y obtener una copia de su información médica protegida mantenida por Central California Alliance for Health (la Alianza) en cualquiera de los siguientes archivos:

- archivo de su inscripción en la Alianza
- su historial de reclamaciones con la Alianza, incluidos los archivos de pago
- archivos del manejo de su caso o del manejo de su cuidado médico

Excepciones: La Alianza no revelará ninguna información que hayamos recopilado en previsión de o para su uso en cualquier acción o procedimiento civil, penal o administrativo, ninguna información restringida conforme a las Enmiendas para el Mejoramiento de los Laboratorios Clínicos de 1988 (Título 42, Sección 263a del Código de los Estados Unidos [U.S.C., por sus siglas en inglés]), notas de psicoterapia ni otros archivos determinados.



# Divulgación de información Autorización del Miembro Para Utilizar o Revelar Información Médica Protegida



**Derecho de revocar:** Puede revocar esta autorización en cualquier momento dando aviso por escrito al Funcionario de Privacidad que se indica a continuación. Revocar esta autorización *no* afectará las medidas que hayamos tomado antes de recibir su aviso de revocación.

**Autorizaciones específicas:** La siguiente información no se revelará a menos que usted lo autorice específicamente al marcar la casilla o las casillas correspondientes a continuación:

- Tratamiento por consumo de alcohol o drogas  Información de salud mental  
 Información relacionada con el VIH

**Descripción y cantidad de la información médica que se utilizará o revelará:**

---

---

---

**Propósito de la solicitud de autorización:**

---

---

---

**Se puede dar a conocer la información médica a la siguiente persona o entidad:**

Nombre o agencia: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_  
Teléfono: \_\_\_\_\_  
Número de fax: \_\_\_\_\_

- Marque esta casilla si da autorización para hablar con varias personas o agencias (si marca esta casilla, complete la página 3)

**Esta autorización vencerá:**

- En esta fecha: \_\_\_\_\_  
 O en caso de que ocurra lo siguiente: \_\_\_\_\_



# Divulgación de información Autorización del Miembro Para Utilizar o Revelar Información Médica Protegida



## Firma del miembro:

Yo, \_\_\_\_\_, leí y comprendí el contenido de este formulario. Entiendo que al firmar este formulario, autorizo a la Alianza para que utilice o revele la información de salud protegida acerca de mí. Dicha información sólo se utilizará o revelará con los propósitos descritos anteriormente y únicamente por el periodo de tiempo especificado anteriormente.

**Firma:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

Si llena este formulario de autorización como representante personal del miembro, proporcione la siguiente información:

Nombre del representante personal: \_\_\_\_\_  
Relación con el individuo: \_\_\_\_\_  
Firma del representante personal: \_\_\_\_\_

## TIENE DERECHO A RECIBIR UNA COPIA DE ESTA AUTORIZACIÓN

### Personas o agencias autorizadas (continuación)

#### Se puede dar a conocer la información médica a la siguiente persona o entidad:

Nombre o agencia: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_  
Teléfono: \_\_\_\_\_  
Número de fax: \_\_\_\_\_

#### Se puede dar a conocer la información médica a la siguiente persona o entidad:

Nombre o agencia: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_  
Teléfono: \_\_\_\_\_  
Número de fax: \_\_\_\_\_

#### Se puede dar a conocer la información médica a la siguiente persona o entidad:

Nombre o agencia: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_  
Teléfono: \_\_\_\_\_  
Número de fax: \_\_\_\_\_



# Divulgación de información Autorización del Miembro Para Utilizar o Revelar Información Médica Protegida



**Se puede dar a conocer la información médica a la siguiente persona o entidad:**

Nombre o agencia: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Número de fax: \_\_\_\_\_

**Se puede dar a conocer la información médica a la siguiente persona o entidad:**

Nombre o agencia: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Número de fax: \_\_\_\_\_

**TIENE DERECHO A RECIBIR UNA COPIA DE ESTA AUTORIZACIÓN**