

Divulgación de Información Autorización del Miembro para Utilizar o Divulgar 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: _____

Lea atentamente los siguientes puntos

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 divulgada 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 casos 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 Divulgar 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 marcando las casillas pertinentes a continuación:

Tratamiento para el alcoholismo y la drogadicción

Información de salud mental

Información relacionada con el VIH

Descripción y Cantidad de la Información Médica que se Divulgará:

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 el caso del
 siguiente evento: _____

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 divulgue

Divulgación de Información Autorización del Miembro Para Utilizar o Divulgar Información Médica Protegida

información de salud protegida acerca de mí. Dicha información solo se utilizará o divulgará 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 la persona: _____
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: _____

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

Nombre o agencia: _____
Dirección: _____

Divulgación de Información Autorización del Miembro Para Utilizar o Divulgar Información Médica Protegida

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

TotalCare (HMO D-SNP) es un plan de Medicare Advantage con un contrato de Medicare y un contrato con el programa de Medicaid de California. La inscripción en TotalCare depende de la renovación del contrato. TotalCare es el nombre comercial de Central California Alliance for Health. TotalCare es una marca registrada de la Comisión de Cuidado Médico Administrado de Santa Cruz-Monterey-Merced-San Benito-Mariposa, una entidad pública de California que opera como Central California Alliance for Health.