



**FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN HIPAA
PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA**

SECCIÓN A: Autorización individual de uso y/o divulgación.

Nombre de miembro: _____

de miembro: _____

Dirección: _____

Fecha de nacimiento: _____

Número de teléfono: _____

SECCIÓN B: Se autoriza el Uso y/o Divulgación.

PHI que se utilizará y/o divulgará: {Describa específicamente la PHI que se utilizará y/o divulgará; e incluya fechas de servicio, nombres de proveedores, etc.}

[] Consulta si esta autorización es para notas de psicoterapia.

Si esta autorización es para notas de psicoterapia, no debe usarla como autorización para ningún otro tipo de información de salud protegida (PHI).

Entidades o personas autorizadas para usar o divulgar:

{Nombre o describa específicamente las personas y/o organizaciones (o las clases de personas y/u organizaciones), incluido CHPC, que están autorizados a hacer uso y/o divulgar la PHI descrita anteriormente}

[x] Central Health Plan of California (CHPC)

Entidades o Personas Autorizadas a Recibir: {Nombrar o identificar específicamente a las personas y/o organizaciones (o las clases de personas y/u organizaciones), incluido CHPC, que están autorizados a recibir, y posteriormente usar y/o divulgar la PHI descrita anteriormente}

{Elija solo una casilla}

CHPC **ESTÁ** autorizado a divulgar información de los miembros sobre: SIDA/VIH y otras enfermedades transmisibles; información de salud mental (incluida la salud conductual y la atención psiquiátrica); tratamiento por abuso de alcohol/drogas; información de pruebas genéticas.

CHPC **NO ESTÁ** autorizado a divulgar información de los miembros sobre: SIDA/VIH y otras enfermedades transmisibles; información de salud mental (incluida la salud conductual y la atención psiquiátrica); tratamiento por abuso de alcohol/drogas; información de pruebas genéticas.

Objeto de esta autorización: {Por favor seleccione todas las respuestas válidas}

A petición del miembro del CHPC

Para ayudar con la coordinación de la atención médica del miembro.

Por motivos de cobertura o pago

Tomo decisiones de salud por el miembro

El miembro falleció y yo cuidó los bienes

Otro (por favor especifique): _____

SECCIÓN C: Caducidad y revocación.

Fecha de Vencimiento de la Autorización

Esta autorización caducará: **{Por favor, elija solo una casilla}**

12 meses a partir de la fecha de mi firma **O**

En la siguiente fecha o evento (que debe estar relacionado con el individuo o con el propósito del uso y/o divulgación que se autoriza):

{Especifique} _____

Yo, el miembro (o la persona que actúa en nombre del miembro), he tenido plena oportunidad de leer y considerar el contenido de esta autorización, y entiendo que al firmar este formulario, confirmo mi autorización del uso y/o divulgación de mi información de salud protegida, como se describe en este formulario. Yo, el miembro (o la persona que actúa en nombre del miembro), acepto lo siguiente:

- **Derecho a revocar:** si quiero cancelar esta autorización antes de que expire, debo enviar una notificación por escrito al CHPC a la dirección que figura a continuación. Se entiende que la información divulgada antes de mi cancelación por escrito se realizó a mi solicitud y con mi consentimiento.

- **Potencial de Redivulgación:** Entiendo que la información divulgada mediante esta autorización podría volver a divulgarse por la persona que la recibe y ya no está protegida por los requisitos legales de privacidad federales o estatales. CHPC, sus afiliados, sus empleados y funcionarios no son legalmente responsables por la nueva divulgación de la información indicada en esta autorización.
- **La elegibilidad para beneficios no se ve afectada:** Entiendo que no tengo que firmar esta Autorización y que mi decisión de no firmar no afecta la elegibilidad para beneficios, tratamiento o pago. Entiendo que CHPC y/o sus proveedores contratados pueden, bajo ciertas circunstancias, requerir una Autorización por separado para fines no relacionados con esta Autorización.

Firma del miembro

Fecha

Nombre impreso del miembro

Si esta autorización está firmada por un representante personal, es decir, con **Autoridad Legal** para actuar en nombre del individuo, complete lo siguiente:

Nombre del representante personal

Fecha

Firma del Representante Personal

Relación con el miembro

Por favor envíe este formulario a:

**Central Health Plan of California
Attention Member Services
PO Box 14244
Orange, CA 92863**

Comuníquese con Central Health Plan al 1-866-314-2427 si tiene alguna pregunta o comentario.

USTED TIENE DERECHO A UNA COPIA DE ESTA AUTORIZACIÓN DESPUÉS DE FIRMARLA.

**INSTRUCCIONES PARA LLENAR EL FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN
GENERAL PARA MIEMBROS DE CENTRAL HEALTH PLAN OF CALIFORNIA**

Sección A: Autorización individual de uso y/o divulgación

Complete todos los elementos de información en esta sección para incluir su nombre completo y número de identificación de miembro exactamente como aparecen en su tarjeta de identificación, su dirección actual y un número de teléfono donde podamos comunicarnos con usted.

Sección B: El uso y/o divulgación autorizados

- **Información de salud protegida (PHI) que se utilizará y/o divulgará:** Ingrese la información de salud protegida específica que desea utilizar o divulgar. Por ejemplo, si desea que la información de procesamiento de reclamos, pago de reclamos e inscripción se divulgue a un tercero que actúe en su nombre, es posible que desee ingresar la siguiente descripción en estos espacios: *"**Toda la información relacionada con el pago de reclamos, la denegación de cobertura, el estado de los reclamos pendientes, el estado de facturación o cualquier otra información necesaria para responder a una consulta normal de servicio al cliente en mi nombre**".*
- **Si se marca Notas de psicoterapia, la autorización quedará ANULADA para todos y cada uno de los demás usos y divulgaciones.**
- **Entidades o Personas Autorizadas a Usar o Divulgar:** Este formulario autoriza a CENTRAL HEALTH PLAN OF CALIFORNIA a divulgar esta información a otro tercero que actúe en su nombre. Si también autoriza a partes distintas a CENTRAL HEALTH PLAN OF CALIFORNIA a divulgar esta información, ingrese los nombres específicos de esas partes en estos espacios.
- **Entidades o Personas Autorizadas a Recibir:** Ingrese los nombres de las personas u organizaciones a las que autoriza a acceder a su PHI y actuar en su nombre. Por ejemplo, si autoriza a su cónyuge o a cualquier otra persona a actuar en su nombre, ingrese su nombre en estos espacios. Si está autorizando a una organización (como un corredor, consultor o el Departamento de Recursos Humanos de su empresa) a actuar en su nombre, ingrese el nombre específico de la organización en estos espacios: **Ejemplos: "broker ABC" o "Departamento de Recursos Humanos, Empresa XYZ"**

Estas son sólo entradas de ejemplo. Ingrese los nombres reales de las personas u organizaciones a las que autoriza a recibir PHI y actuar en su nombre.

- **Propósito de esta Autorización:** Hay dos bloques en esta sección. Complete solo uno de estos bloques según las siguientes instrucciones:

Si marca el bloque "A solicitud de un individuo", está autorizando a las personas u organizaciones que especificó en la entrada anterior a recibir su PHI y actuar en su nombre para cualquier propósito permitido por la Regla de Privacidad de HIPAA para incluyen consultas sobre el estado de las reclamaciones y pagos, apelaciones, consultas sobre el pago de primas y otros fines del servicio de pólizas. Se recomienda marcar este bloque porque le brindará a su representante autorizado y a Servicios para Miembros de CENTRAL HEALTH PLAN OF CALIFORNIA la máxima flexibilidad para trabajar juntos para responder y resolver sus preguntas y necesidades de servicios de póliza. **Si marca este bloque, no se requieren más entradas en esta sección.**

Si marca el bloque "Para los siguientes fines:", deberá ingresar un propósito específico para la autorización en los espacios provistos. Por ejemplo, si solo desea que las personas u organizaciones que está autorizando reciban su información de salud protegida y actúen en su nombre para manejar una apelación de reclamo por usted, deberá ingresar "*Para apelar una determinación de reclamo*" o algo similar en ese bloque. Si solo desea que puedan verificar el procesamiento de reclamos o el estado de pago en su nombre, debe ingresar "*Para verificar el procesamiento de reclamos o el estado de pago*" en ese bloque.

Si utiliza este bloque, debe saber que CENTRAL HEALTH PLAN OF CALIFORNIA solo podrá discutir información relacionada con los propósitos que usted especificó con su representante autorizado y nada más.

Sección C: Caducidad y Revocación

- **Caducidad:** Hay dos bloques en este apartado. Complete **solo uno** de estos bloques según las siguientes instrucciones:

Si desea que la autorización expire en una fecha determinada, marque el primer bloque e ingrese esa fecha en el orden de mes, día y año como se especifica (*Por Ejemplo: 12/31/2004*). **Si ingresa una fecha en este espacio, no se requieren más entradas en esta sección.**

Si desea que la autorización caduque cuando ocurra un evento futuro, ingrese ese evento en los espacios provistos para este bloque. Una entrada de ejemplo es "*Al finalizar mi cobertura con CENTRAL HEALTH PLAN OF CALIFORNIA.*"

Sección D: Firma del individuo

Escriba su nombre en letra de molde en el primer espacio y luego firme y fecha en los espacios provistos. Si su representante legal o tutor firma el formulario en su nombre, su representante legal o tutor debe escribir su nombre, firmar y fechar el formulario e indicar su relación con usted en los espacios provistos.

Guarde una copia de este formulario de autorización para sus registros.