



AUTORIZACIÓN PARA USAR O DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA

EmblemHealth, Inc. es la organización matriz de las siguientes compañías que ofrecen planes de beneficios médicos: Group Health Incorporated (GHI), HIP Health Plan of New York (HIP) y HIP Insurance Company of New York, Inc. (HIPIC). Todas estas entidades reciben servicios administrativos y otros de EmblemHealth Services Company, LLC, que también es una compañía EmblemHealth, Inc.

Al llenar este formulario, usted autoriza a su plan a usar o divulgar su información médica protegida, según esté definida por ley, para los fines indicados abajo. Este formulario no puede usarse para autorizar la divulgación de notas de psicoterapia. Si quisiera autorizar la divulgación de notas de psicoterapia, debe completar el formulario de *Autorización de Uso o Divulgación de Notas de Psicoterapia*.

INSTRUCCIONES DEL FORMULARIO

Importante: Las instrucciones a continuación explican cada sección numerada del formulario de autorización. Consúltelas a medida que llene el formulario. Si tiene preguntas adicionales, comuníquese con el departamento de Servicio al Cliente al número indicado en el dorso de su tarjeta de identificación.

SECCIONES

- 1 Información del Miembro** Llene cuidadosa y completamente los datos del miembro.
- 2 Destinatario de la Información:** Indíquenos a quién nos pide que divulguemos la información.
- 3 Propósito de la Autorización:** Marque la casilla que se aplica y añada cualquier otra información que pudiéramos necesitar a fin de divulgar su información.
- 4 Información a Divulgarse:** Díganos qué información está autorizando a su plan a divulgar, marcando la casilla apropiada. Si solo desea que se divulgue información específica, díganos el tipo de información que desea que divulguemos. No divulgaremos ciertos tipos de información (por ejemplo, información de la salud mental y VIH/SIDA) salvo que recibamos autorizaciones específicas, o de otra manera esté permitida o solicitada por ley. Anote sus iniciales en los espacios en blanco para autorizar la divulgación de cualquier parte de esta información.
- 5 Plazo de la Autorización:** ¿Durante cuánto tiempo debe su plan seguir divulgando esta información? Marque la primera casilla e indique el día, mes y año hasta el cual esta autorización debe permanecer en vigor. O bien, marque la segunda casilla y describa cuándo debe vencer (terminar) esta autorización. Sírvase tomar nota que si no indica una fecha de vencimiento (terminación), su autorización permanecerá en vigor durante 24 meses a partir de la fecha de su firma.
- 6 Condiciones de la Autorización:** Por favor, lea toda esta sección.
- 7 Firma Requerida:** Firme y feche en la línea provista para completar esta autorización. Si esta autorización es firmada por un representante personal (una persona con autoridad legal para actuar en nombre del miembro), marque la casilla apropiada, explique su parentesco/relación con el miembro y proporcione la documentación de autoridad legal para actuar en nombre del miembro.

AUTORIZACIÓN PARA USAR O DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA

Por favor, llene cuidadosa y completamente los datos del miembro, ya que de otra manera el formulario no se considerará válido. Use la hoja de instrucciones para guiarle. Después de completarlo, envíelo por correo a su plan a una de las siguientes direcciones:

Miembros del Programa GHI o EmblemHealth PPO:

Customer Service Dept., PO Box 1701, New York, NY 10023-1701.

Miembros del Programa HIP o EmblemHealth CompreHealth:

Customer Service Dept., Member Interview Unit, 55 Water Street, New York, NY 10041-8190.

1 Información del Miembro:

Nº de Miembro _____

Nombre del Miembro: _____

Dirección residencial: _____

Teléfono residencial: _____ Fecha de Nacimiento:: _____

2 Destinatario de la Información:

Nombre: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____ Parentesco/Relación: _____

3 Propósito de la Autorización:

A solicitud mía.

Para los siguientes propósitos: _____

4 Información a Divulgarse:

Autorizo a mi plan a divulgar mi información médica protegida según se indica a continuación:

Toda información clínica, de reclamaciones, facturación, beneficios o cobertura.

Información específica solamente. Sírvase enumerar: _____

Anote sus iniciales abajo para permitir que se comparta con la persona autorizada la información o registros relacionados con cualquiera de los siguientes casos. La divulgación de la siguiente información exige autorización específica.

_____ Abuso del alcohol/abuso de sustancias

_____ VIH/SIDA

_____ Salud mental (excepto por notas de psicoterapia)

_____ Enfermedad sexualmente transmitida

_____ Marcadores genéticos

5 Plazo de la Autorización:

La autorización debe vencer (terminar) el ____/____/____
Mes/Día/Año

O

Al ocurrir el siguiente acontecimiento: _____

NOTA: Entiendo que si no especifico una fecha o acontecimiento de vencimiento (terminación), la autorización permanecerá en vigor hasta la fecha que ocurra primero entre la fecha en la cual la revoque (cancele) por escrito o 24 meses después de la fecha en la cual firmé esta autorización.

6 Condiciones de la Autorización:

Entiendo que:

- La información divulgada bajo esta autorización puede ser divulgada adicionalmente por el destinatario y dejará de estar protegida por las leyes de privacidad estatales y federales.
- Tengo el derecho de revocar (cancelar) esta autorización en cualquier momento, y que la revocación (cancelación) debe consignarse por escrito y enviarse a la dirección indicada en este formulario.
- Cualquier revocación (cancelación) entrará en vigor tan pronto mi plan reciba mi notificación por escrito. Entiendo que la revocación no afectará cualquier acción tomada por mi plan en base a la autorización antes de recibir mi notificación de revocación por escrito.
- Podré negarme a firmar esta autorización. Mi plan no condicionará mi inscripción o elegibilidad para beneficios médicos en el hecho de que proporcione o no la autorización. Mi plan no podrá condicionar el pago de una reclamación de beneficios médicos específicos en el hecho de que proporcione o no esta autorización.
- Si estoy autorizando la divulgación de información relacionada con el VIH/SIDA, tratamiento de abuso de alcohol o drogas o de tratamiento de la salud mental, se prohíbe al destinatario divulgar de nuevo dicha información o usar la información divulgada para ningún otro propósito sin mi autorización, salvo que se le permita hacerlo bajo las leyes federales o estatales. Si experimento discriminación debido a la divulgación o revelación de información relacionada con VIH/SIDA, podré comunicarme con la División de Derechos Humanos del Estado de Nueva York al **1-888-392-3644**. Esta agencia es responsable de proteger mis derechos.

7 Firma requerida:

He leído y entiendo los términos de esta autorización. También he tenido la oportunidad de hacer preguntas acerca de cómo se usará y divulgará mi información médica. Con mi firma en esta autorización, afirmo que a mi mejor saber y entender, toda la información provista en este formulario es completa, exacta y consonante con mis instrucciones. Por este medio doy mi acuerdo a los términos de autorización de uso y divulgación de mi información médica de la manera descrita en este formulario.

Firma del Miembro _____ Fecha _____

NOTA: Se necesita la firma del miembro o su representante personal (una persona que tiene la autoridad legal de actuar en nombre del miembro). El padre/madre debe firmar en nombre de un hijo dependiente menor de edad.

Firma del Representante Personal _____ Fecha _____

Padre/madre Tutor legal* Apoderado * Otro* _____

*Proporcione documentación legal en constancia de su autoridad legal para actuar en nombre del miembro.