

# Autorización para usar y divulgar información de salud



DE | coordinated care.

## Aviso al afiliado:

- Completar este formulario permitirá que Ambetter de Coordinated Care (Ambetter) (i) use su información de salud para un fin en particular, y/o (ii) divulgue su información de salud a la persona o entidad que usted identifica en este formulario.
- No tiene que firmar este formulario ni dar permiso para usar o divulgar su información de salud. Sus servicios y beneficios con Ambetter no cambiarán si no firma este formulario.
- Derecho a cancelar (revocar): Este formulario de autorización/consentimiento está sujeto a revocación en cualquier momento, excepto en la medida que Ambetter u otro poseedor legal de su información de salud que tenga permitido divulgarla ya haya actuado apoyándose en la misma. Si desea cancelar este Formulario de autorización, llene el Formulario de revocación en la última página y envíenoslo a la dirección que está al final de la página.
- Ambetter no puede prometer que la persona o el grupo a quien usted nos permite que divulguemos su información de salud no la divulgará a alguien más.
- Mantenga una copia de todos los formularios llenados que le enviamos. Le podemos enviar copias si las necesita.
- Llene toda la información en este formulario. Cuando termine, envíelo a la dirección que está al final de la primera página.

## INFORMACIÓN DEL AFILIADO:

Nombre del afiliado (letra de imprenta): \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento del afiliado: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Número de identificación del afiliado: \_\_\_\_\_

**Doy a Ambetter permiso para usar mi información de salud para el fin identificado o para divulgar mi información de salud con la persona o grupo que se nombra más abajo. El propósito de la autorización es:**

- permitir que Ambetter me ayude con mis beneficios y servicios, o
- permitir que Ambetter use o divulgue mi información de salud para \_\_\_\_\_.

## PERSONA O GRUPO QUE RECIBIRÁ LA INFORMACIÓN (añadir personas o grupos adicionales en la página 2):

Nombre (persona o grupo): \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_ Teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

## AUTORIZO a Ambetter A QUE USE O DIVULGUE LA INFORMACIÓN DE SALUD SIGUIENTE:

- Toda mi información de salud, INCLUSO:** información genética, servicios o resultados de pruebas; datos y expedientes sobre el VIH/SIDA; datos y expedientes sobre salud mental (pero no notas de psicoterapia); datos y expedientes sobre medicamentos recetados /medicamentos; y datos y expedientes sobre drogas y alcohol (especifique toda información sobre trastorno por uso de sustancias que se pueda divulgar: \_\_\_\_\_); **O**
- Toda mi información de salud EXCEPTO (marque todas las casillas que correspondan):
  - Información, servicios o pruebas genéticas
  - Datos y expedientes sobre el SIDA o VIH
  - Datos y expedientes sobre drogas o alcohol
  - Datos y expedientes de salud mental (pero no notas de psicoterapia)
  - Datos y expedientes sobre medicamentos recetados/medicamentos
  - Otro: \_\_\_\_\_

**Fecha de terminación de la autorización:** \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ (fecha en que la autorización termina a menos que se cancele)

**Firma del afiliado:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

(El afiliado o representante legal firma aquí)

Si firma por el afiliado, describa su relación más abajo. Si es el representante personal del afiliado, describa esto abajo y envíenos copias de esos formularios (como por ejemplo poder notarial u orden de custodia legal).

**PERSONA(S) INDIVIDUAL(ES) O ENTIDAD(ES) ADICIONAL(ES) QUE RECIBEN INFORMACIÓN**

*NOTA: Si está consintiendo a divulgar expedientes sobre trastorno por uso de sustancias a un receptor que no es un tercero pagador ni un proveedor de atención médica, centro o programa donde recibió servicios de un proveedor tratante, como por ejemplo un mercado de seguros de salud o una institución de investigación (de aquí en adelante, "entidad receptora"), debe especificar el nombre de una persona con la que o la entidad en la que usted recibe servicios de un proveedor tratante en la entidad receptora o simplemente indique que sus expedientes sobre el trastorno por uso de sustancias se pueden divulgar a sus proveedores tratantes actuales y futuros en esa entidad receptora.*

Nombre (persona o entidad): \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_ Teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Nombre (persona o entidad): \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_ Teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Nombre (persona o entidad): \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_ Teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Nombre (persona o entidad): \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_ Teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Nombre (persona o entidad): \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_ Teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Nombre (persona o entidad): \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_ Teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Nombre (persona o entidad): \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_ Teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Nombre (persona o entidad): \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_ Teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

# Revocación de autorización para usar y/o divulgar información de salud



Quiero cancelar o revocar el permiso que di a UD9<KK<I para usar mi información de salud para un fin en particular o divulgar mi información de salud a una persona o grupo:

## PERSONA O GRUPO QUE RECIBIÓ LA INFORMACIÓN:

Nombre (persona o grupo): \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_ Teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Fecha en que se firmó la autorización (si se conoce): \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

## INFORMACIÓN DEL AFILIADO:

Nombre del afiliado (letra de imprenta): \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento del afiliado: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Número de identificación del afiliado: \_\_\_\_\_

Entiendo que es posible que mi información de salud (incluso, donde corresponda, mis expedientes sobre trastorno por abuso de sustancias) ya se haya usado o divulgado debido al permiso que di antes. Además, entiendo que esta cancelación solo se aplica al permiso que di para usar mi información de salud para un fin en particular o para divulgar mi información de salud a la persona o grupo. No cancela otros formularios de autorización que firmé para que se use mi información de salud para otro fin o que se divulgue a otra persona o grupo.

Firma del afiliado: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

(El afiliado o representante legal firma aquí)

Si firma por el afiliado, describa su relación más abajo. Si es el representante personal del afiliado, describa esto abajo y envíenos copias de esos formularios (como por ejemplo poder notarial u orden de custodia legal).

Ambetter dejará de usar o divulgar su información de salud cuando recibamos y procesemos este formulario. Utilice la dirección de correo de abajo. Además, puede llamar para pedir ayuda al número de abajo.

Ambetter de Coordinated Care  
Attn: Privacy Officer  
1145 Broadway  
Suite 300  
Tacoma, WA 98402  
Phone: 1-877-687-1197 (TTY/TDD 1-877-941-9238)

Enviar a: Ambetter de Coordinated Care, Attn: Privacy Officer, 1145 Broadway, Suite 300, Tacoma, WA 98402  
Teléfono: 1-877-687-1197 (TTY/TDD 1-877-941-9238)