CountyCare HEALTH PLAN

Enviar a: CountyCare Health Plan
P.O. Box 211592
Eagan, MN 55121

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA (PHI, por sus siglas en inglés)

I. MIEMBRO (nombre y datos de la persona de quien se divulgará la información de salud protegida):

Nombre: _____

Dirección: _____

Número de Identificación del Miembro: _____ Fecha de nacimiento: _____

II. AUTORIZACIÓN

Autorizo el uso o la divulgación de mi información de salud identificable individualmente de la forma descrita a continuación. Comprendo que esta autorización es voluntaria y que puedo revocarla en cualquier momento al presentar a CountyCare una Forma de Revocación de la Autorización (Revocation of Authorization Form).
Si las preguntas no son respondidas en su totalidad, esta solicitud puede ser rechazada.

☐ **AÑADIR A OTRA PERSONA A MI PERFIL DE MIEMBRO**

Autorizo a CountyCare de divulgar o hablar sobre mi información personal y de salud con la siguiente persona nombrada a continuación. El objetivo de esta autorización es ayudarme con mis beneficios y servicios de CountyCare.

Nombre de la Persona autorizada para recibir PHI: _____ Relación con el Miembro: _____

Dirección: _____ Teléfono: _____

☐ **DIVULGACIÓN ESPECÍFICA DE INFORMACIÓN/DOCUMENTOS**

Autorizo a CountyCare a compartir mi información con la siguiente persona o grupo nombrados a continuación.

Persona/Organización autorizada a recibir PHI: _____ Relación con el Miembro: _____

Dirección: _____ Teléfono: _____ Facsímile: _____

Objetivo: Fechas del servicio: _____

- ☐ Legal
- ☐ Seguro médico
- ☐ Personal
- ☐ Continuación del cuidado médico
- ☐ Otro _____

III. DESCRIPCIÓN DE LA INFORMACIÓN QUE SERÁ USADA O DIVULGADA

CountyCare puede compartir esta información de salud:

- ☐ Toda mi información de salud; o
- ☐ Toda mi información de salud **EXCEPTO**:
  - ☐ Información sobre medicamentos/medicamentos recetados
  - ☐ Información sobre el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) o virus de inmunodeficiencia humana (VIH)
  - ☐ Información sobre el tratamiento por el abuso del alcohol y/o de sustancias
  - ☐ Información sobre los servicios de salud del comportamiento o del cuidado psiquiátrico
  - ☐ Otra: _____

IV. EXPIRACIÓN

Esta autorización expirará:

- ☐ Un año después de la fecha firmada por el miembro participante en esta forma.
- ☐ En otra fecha (anote la fecha o evento): _____

V. INFORMACIÓN IMPORTANTE ACERCA DE SUS DERECHOS

He leído y comprendido las siguientes declaraciones acerca de mis derechos:

- ☐ Puedo revocar esta autorización en cualquier momento previo a su fecha de expiración notificando por escrito a CountyCare, pero la revocación no tendrá efecto sobre ninguna acción que CountyCare o sus afiliados hayan tomado antes de haber recibido dicha revocación.
- ☐ Puedo ver y copiar la información descrita en esta forma si así lo solicito.
- ☐ No me es requerido firmar esta forma para poder recibir mis beneficios del cuidado de la salud (inscripción, tratamiento o pago).
- ☐ La información que sea usada y divulgada de acuerdo con esta autorización puede ser divulgada de nuevo por el individuo receptor de la información si dicho individuo no está sujeto a los requisitos de privacidad de HIPAA (Health Insurance Portability and Accountability Act).

El miembro participante debe firmar esta forma para autorizarnos que divulguemos su información de salud protegida (PHI, por sus siglas en inglés). Si el miembro participante no puede firmarla, únicamente el representante legal del miembro participante puede firmarla. Si usted es el representante legal del miembro participante, describa dicha autoridad a continuación y envíenos copias de las formas correspondientes (por ejemplo, poder notarial u orden de tutela). Los Miembros Participantes mayores de 18 años de edad deben firmar la forma a nombre de ellos mismos.

Firma del Miembro: _____ Fecha: _____

Firma del Representante (si aplica): _____

Relación con el Miembro: _____