

AUTORIZACIÓN DE DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN PROTEGIDA DE SALUD (PHI) DEL MERCADO DE SEGUROS MÉDICOS (MARKETPLACE)

La presente autorización es voluntaria y se puede utilizar para permitir que IdealCare by Sendero Health Plans (IdealCare) utilice o divulgue información de salud protegida (protected health information o PHI).

Las personas que completen este formulario deben leerlo en su totalidad antes de firmar y completar todas las secciones que se apliquen a sus decisiones relacionadas con el uso o la divulgación de su información de salud protegida (PHI).

- Como miembro de IdealCare (mayor de 18 años) estoy solicitando que se comunique información de salud protegida (PHI) a la persona que se indica a continuación.
- Como padre/tutor de un miembro (menor de 18 años) de IdealCare estoy solicitando que se comunique información de salud protegida (PHI) a la persona que se indica a continuación, e incluyo comprobante de mi identidad y derechos legales.

NOMBRE COMPLETO DEL MIEMBRO

NÚMERO DE ID DEL MIEMBRO

FECHA DE NAC. DEL MIEMBRO

 / /

DIRECCIÓN POSTAL

CIUDAD

CÓDIGO POSTAL

TEL. DE CONTACTO DE DÍA

 / /

OTRO TEL.

 / /

DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO

ENTRADA EN VIGENCIA:

Año del Plan:

Esta autorización solo es válida por durante del año del plan actual.

Esta autorización sólo será válida de:

Mes: Día: Año:

Esta autorización sólo será válida hasta:

Mes: Día: Año:

DERECHO DE REVOCACIÓN:

Entiendo que puedo retirar mi permiso en cualquier momento enviando una carta a IdealCare por correo postal, correo electrónico o fax a la dirección detallada al final de este documento. Esta carta también debe incluir el nombre completo del miembro, el número de miembro, la dirección y el número de teléfono.

La autorización no tendrá efecto sobre las acciones que IdealCare ya haya realizado de buena fe antes de recibir esta carta de retiro de autorización.

¿QUIÉN PUEDE RECIBIR Y USAR LA INFORMACIÓN DE SALUD?

NOMBRE

DIRECCIÓN POSTAL

CIUDAD

CÓDIGO POSTAL

FECHA DE NACIMIENTO

 / /

TEL. DE CONTACTO DE DÍA

 / /

OTRO TEL.

 / /

FEMENINO

MASCULINO

POR FAVOR SELECCIONE A QUIEN CORRESPONDA:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Yo | <input type="checkbox"/> Tutor legal |
| <input type="checkbox"/> Padre biológico o adoptivo | <input type="checkbox"/> Esposo |
| <input type="checkbox"/> Padrastro | <input type="checkbox"/> Padre sustituto (de crianza temporal) |
| <input type="checkbox"/> Representante legal: alguien con facultad legal para actuar en representación del Miembro | <input type="checkbox"/> Otra _____ |

Si la persona que firma esta autorización no es el Miembro, deberá proporcionar una copia del poder notarial de atención médica, el certificado de nacimiento u otro documento pertinente que lo autorice a actuar en representación del Miembro, junto con su comprobante de identidad.

¿QUÉ INFORMACIÓN SE PUEDE DIVULGAR?

- Toda la información descrita a continuación

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Información de beneficios, facturación y reclamaciones | <input type="checkbox"/> Solicitud de tarjeta de identificación |
| <input type="checkbox"/> Cambios de proveedor de atención primaria | <input type="checkbox"/> Pago de primas |
| <input type="checkbox"/> Cambios de domicilio | <input type="checkbox"/> Ortografía del nombre y otra información personal |

Se requieren sus iniciales para autorizar la divulgación de la siguiente información:

- | | |
|--|-------------------------------------|
| ___ Información de salud mental | ___ Embarazo/Planificación familiar |
| ___ Drogadicción, Alcoholismo, Abuso de Sustancias | ___ VIH/SIDA |
| ___ Información genética | |

Por favor tenga en cuenta: Existen restricciones respecto de la cantidad de información que podemos compartir con otras personas en relación con su cuenta. Aviso para los padres: estas restricciones puede que no afecten los derechos legales que ustedes tienen de acceder a la información de su hijo/a por otros medios, como por ejemplo, contactándose con el médico de atención primaria de su hijo/a.

