



**AUTORIZACIÓN DEL MIEMBRO PARA LA DIVULGACIÓN DE
INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA**

Nombre del miembro _____ Fecha de nacimiento _____
Dirección _____ N.º de identificación del miembro _____
Ciudad, estado, código postal _____
Apellido de soltero/otros _____ Número de teléfono _____

En virtud del presente documento, autorizo a mi plan de salud a divulgar mi información médica protegida a las siguientes personas u organizaciones:

Complete el nombre de la persona u organización (persona autorizada) y su relación con usted (para cada persona u organización a la que vaya a divulgar su información).

Acceso a Hally® MyChart: si elige “Sí” en la opción “Acceso a Hally MyChart”, consulte la información acerca del acceso que se proporciona en Hally.

| | | | |
|--|--|---|--|
| Nombre | | Relación | |
| Dirección | | N.º de teléfono | |
| Ciudad, estado, código postal | | N.º de teléfono alternativo | |
| Acceso a Hally MyChart (si la respuesta es “Sí”, incluya su correo electrónico y fecha de nacimiento a continuación) | | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> (marque una opción) | |
| Dirección de correo electrónico | | Fecha de nacimiento | |

| | | | |
|--|--|---|--|
| Nombre | | Relación | |
| Dirección | | N.º de teléfono | |
| Ciudad, estado, código postal | | N.º de teléfono alternativo | |
| Acceso a Hally MyChart (si la respuesta es “Sí”, incluya su correo electrónico y fecha de nacimiento a continuación) | | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> (marque una opción) | |
| Correo electrónico | | Fecha de nacimiento | |

| | | | |
|--|--|---|--|
| Nombre | | Relación | |
| Dirección | | N.º de teléfono | |
| Ciudad, estado, código postal | | N.º de teléfono alternativo | |
| Acceso a Hally MyChart (si la respuesta es “Sí”, incluya su correo electrónico y fecha de nacimiento a continuación) | | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> (marque una opción) | |
| Correo electrónico | | Fecha de nacimiento | |



Toda la información médica protegida puede divulgarse a las personas autorizadas consignadas en la **Página 1**, salvo que, a continuación, indique lo contrario.

Las personas autorizadas pueden cambiar mi médico de atención primaria. Sí No (marque una opción)

El objetivo de esta divulgación es cumplir con su solicitud. Si la divulgación también atañe a otro fin, indíquelo a continuación.

Las personas autorizadas tienen permitido el acceso a mi información médica protegida, según se indica a continuación (marque una opción por casilla).

| | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | <ul style="list-style-type: none">• Información sobre infecciones y enfermedades transmisibles (que incluyen las enfermedades venéreas ["VD"], la tuberculosis ["TB"], la hepatitis B, el virus de la inmunodeficiencia humana ["VIH"], el síndrome de inmunodeficiencia adquirida ["SIDA"], el complejo relacionado con el SIDA ["CSR"] y otras patologías que deben indicarse de conocerse). |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | <ul style="list-style-type: none">• Información sobre tratamiento por abuso de alcohol o drogas protegida por las reglamentaciones incluidas en el Título 42 del Código de Reglamentaciones Federales (Code of Federal Regulations, CFR), Parte 2 (consulte la sección "Aviso importante" que figura en la página 3). |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | <ul style="list-style-type: none">• Información sobre registros de tratamiento por afecciones de salud mental, servicios psicológicos y servicios sociales, incluidas las comunicaciones que yo efectué a un trabajador social o profesional de salud mental. |

He leído, comprendo y reconozco las siguientes declaraciones sobre mis derechos:

- Puedo revocar esta autorización en cualquier momento antes de la fecha de vencimiento; para ello, debo cursar notificación por escrito a mi plan de salud. Sin embargo, la revocación no afectará las medidas tomadas antes de que se reciba la revocación.
- Si la persona u organización a quien se divulga esta información no es una entidad cubierta en virtud de las normas federales de privacidad, es posible que la información deje de estar protegida por dichas normas después de efectuada la divulgación en cuestión.
- El tratamiento, el pago, la elegibilidad o la inscripción no estarán condicionados a la obtención de esta autorización, salvo que la ley lo autorice específicamente.

Esta autorización vencerá (marque una opción):

- Al año
- Cuando se extinga la póliza
- En las siguientes fechas, eventos o condiciones específicos (agregue la información a continuación):

Acepto estos términos y autorizo la divulgación de mi información médica protegida, conforme se indica en este formulario (los dependientes mayores de 18 años deben firmar a continuación):

[firma electrónica]

Firma del miembro

Fecha

Nombre del miembro en letra de imprenta

PHCCHY23-hipaaauthfm-0423 Y0034_23_112540_C Y0094_23_112541_C

Revisado: 04/2023



Si un representante legal firma en nombre del miembro, mi plan de salud debe tener en sus registros una copia del documento legal en el que se declare la representación (p. ej., poder, tutor legal, albacea del patrimonio sucesorio). Si no se ha presentado un documento legal en el que se declare la representación, envíe una copia junto con este formulario.

Firma del representante legalmente autorizado

Fecha

Nombre del representante legalmente autorizado en
letra de imprenta

Firme y devuelva este formulario completo a:

Member Authorization Processing Center
Attn: Privacy Officer
3310 Fields South Drive
Champaign, IL 61822

O envíelo por fax a: (217) 902-9794

AVISO IMPORTANTE: TODA INFORMACIÓN DIVULGADA ESTÁ PROTEGIDA POR LAS NORMAS FEDERALES DE PROTECCIÓN (TÍTULO 42 DEL CFR, CAPÍTULO I, PARTE 2) Y POR LAS LEYES ESTATALES DE PROTECCIÓN DE SALUD MENTAL. SU DIVULGACIÓN POSTERIOR ESTÁ PROHIBIDA, SALVO QUE DICHA DIVULGACIÓN SE AUTORICE EN FORMA EXPRESA MEDIANTE AUTORIZACIÓN POR ESCRITO DE LA PERSONA A QUIEN PERTENECE. NO ES SUFICIENTE EL OTORGAMIENTO DE UNA AUTORIZACIÓN GENERAL PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA O DE OTRO TIPO A ESTOS FINES. LAS NORMAS FEDERALES RESTRINGEN EL USO DE LA INFORMACIÓN PARA INVESTIGAR O PROCESAR PENALMENTE A CUALQUIER MIEMBRO QUE RECIBA TRATAMIENTO POR ABUSO DE ALCOHOL O DROGAS.



CONSEJOS PARA COMPLETAR EL FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN

Donde dice: “En virtud del presente documento, autorizo a mi plan de salud a divulgar mi información médica protegida a las siguientes personas u organizaciones”, indique el o los nombres de las personas u organizaciones a quienes usted permite que su plan de salud divulgue su información, la relación que tienen con usted, y la dirección y el número de teléfono si fueran distintos de los suyos. Las personas u organizaciones que indique en el formulario se denominan “personas autorizadas”.

Elija “Sí” o “No” para conceder el acceso a Hally® MyChart. Si ninguna de las casillas está marcada, O BIEN si la dirección de correo electrónico y la fecha de nacimiento de la persona autorizada no se proporcionan, la persona autorizada no tendrá acceso en línea a su cuenta. Se requiere la fecha de nacimiento para verificar la identidad y se requiere el correo electrónico para enviar a la persona autorizada un correo electrónico para informarle que ha sido agregada a su cuenta.

En el formulario, se indica que TODA la información médica protegida se divulgará a las Personas autorizadas, salvo que usted especifique lo contrario. No es necesario que complete esta sección, salvo que usted desee que su plan de salud solo divulgue cierta información específica a las personas autorizadas.

Indique si las personas autorizadas pueden cambiar su médico de atención primaria en su nombre; para ello, deberá marcar la casilla correspondiente. Si ninguna de las casillas está marcada, no se permitirá que las personas autorizadas cambien su proveedor de atención primaria.

En el formulario, se indica que el objetivo de esta divulgación es cumplir con su solicitud. Si hubiera otro fin para la divulgación, indíquelo en el formulario; de lo contrario, no es necesario que complete esta sección.

En el recuadro de la segunda página, marque la casilla “Sí” o la casilla “No” para indicar su decisión acerca de si desea divulgar a las personas autorizadas su información médica protegida posiblemente confidencial. Si no marca ninguna de las dos casillas, supondremos que no debemos divulgar su información médica protegida confidencial a las personas autorizadas.

En el formulario de autorización, se indican sus derechos. Lea atentamente estos derechos.

En la sección “Esta autorización vencerá”, marque la casilla correspondiente. Si no marca una casilla, la autorización vencerá después de un (1) año.

Si un representante legal firma en nombre suyo, se debe contar con un documento legal (es decir, poder, tutor legal, albacea del patrimonio sucesorio) en los registros o este debe enviarse junto con el formulario de autorización. El poder debe confeccionarse ante la presencia de testigos y de un notario público. Los documentos que corroboran la identidad del tutor legal o del albacea del patrimonio sucesorio deben estar revestidos con un sello judicial o deben indicar la fecha de presentación.

Cuando todas las secciones pertinentes del formulario estén completas, envíelo a Member Authorization Processing Center, Attn: Privacy Officer, 3310 Fields South Drive, Champaign, IL 61822, o por fax a Attn: Privacy Officer al (217) 902-9794.

Si tiene alguna pregunta u otras inquietudes, puede comunicarse con un miembro de nuestro departamento de Servicio al Cliente llamando al número indicado en el dorso de su tarjeta de identificación del miembro, al 711 (TTY) o al (800) 526-0844 si es una persona con dificultades auditivas. Los representantes están disponibles de 8:00 a.m. a 5:00 p.m., de lunes a viernes.