



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

Nombre del miembro _____ Fecha de nacimiento _____

Dirección _____ N.º de miembro _____

Ciudad, estado, código postal _____

Apellido de soltera/otros _____ Número de teléfono _____

En virtud del presente documento, autorizo a Health Alliance a divulgar mi información médica protegida a:

Nombre de la persona u organización (persona autorizada) y el vínculo con usted (*se puede[n] agregar persona[s] autorizada[s] adicional[es] en el reverso de este formulario*):

Nombre		Vínculo	
Dirección		N.º de teléfono	
Ciudad, estado, código postal		N.º de teléfono alternativo	

Nombre		Vínculo	
Dirección		N.º de teléfono	
Ciudad, estado, código postal		N.º de teléfono alternativo	

Nombre		Vínculo	
Dirección		N.º de teléfono	
Ciudad, estado, código postal		N.º de teléfono alternativo	

Toda la información médica protegida puede divulgarse a la persona autorizada consignada anteriormente, salvo que, a continuación, indique lo contrario.

La(s) persona(s) autorizada(s) puede(n) cambiar mi médico de atención primaria.

Sí No (*marcar una opción*)

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

La persona autorizada tiene permitido el acceso a mi información médica protegida, la cual se menciona a continuación (marcar una opción).

<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<ul style="list-style-type: none"> • Información sobre infecciones y enfermedades transmisibles, conforme se define en la ley y en las normas del Departamento de Salud Pública de Illinois (que incluye enfermedad venérea (“ETS”), tuberculosis, (“TB”), hepatitis B, virus de la inmunodeficiencia humana (“VIH”), síndrome de inmunodeficiencia adquirida (“SIDA”), el complejo relacionado con el SIDA (“CRS”) e indicar otra patología 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 (CFR), Parte 2. (Consultar la sección “Aviso importante” que figura en la página siguiente).
<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 Health Alliance. 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 vence (marcar una opción):

Al año

Cuando se extingue la póliza

En las siguientes fechas, eventos o condiciones específicos (agregar información a continuación):

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

Firma del miembro

Fecha

Nombre del miembro en letra de imprenta

Si un representante legal firma en nombre del miembro, Health Alliance debe tener en sus registros una copia del documento legal en el que se declare la representación (es decir, 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

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 DE HEALTH ALLIANCE

Donde dice: “En virtud del presente documento autorizo a Health Alliance a divulgar mi información médica protegida a”, indique el (los) nombre(s) de la(s) persona(s) u organización (organizaciones) a quien (quienes) usted permite que Health Alliance divulgue información, el vínculo con usted, y la dirección y el número de teléfono si fueran distintos del suyo. La(s) persona(s) u organización (organizaciones) que indique en el formulario se denomina(n) “Persona(s) autorizada(s)”.

En el formulario se indica que TODA la información médica se divulgará a la(s) Persona(s) autorizada(s), salvo que especifique lo contrario. No es necesario que complete esta sección, salvo que usted desee que Health Alliance solo divulgue cierta información específica a la(s) Persona(s) autorizada(s).

Indique si la persona autorizada puede cambiar su médico de atención primaria en su nombre; para ello, debe marcar el recuadro correspondiente.

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 la sección del recuadro de la primera página, marque “No” con un círculo en el caso de información médica protegida posiblemente confidencial que usted no desee que Health Alliance divulgue a la(s) Persona(s) autorizada(s).

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

Donde dice: “Esta autorización vence”, marque la casilla correspondiente.

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.

Cuando todas las secciones pertinentes del formulario estén completas, envíelo a Health Alliance, Atte. de: Privacy Officer, 3310 Fields South Drive, Champaign, IL 61822, o por fax a la Atte. de: Privacy Officer al 217-902-9794.

Si tiene alguna pregunta u otras inquietudes, puede comunicarse con un miembro de nuestro Departamento de Atención al Cliente llamando al número indicado en el reverso de su Tarjeta de identificación del miembro o TTY 711, o bien, al 1-800-526-0844 en el caso de personas con dificultades auditivas. Los representantes están disponibles de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m.