

# AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA



Este formulario se utiliza para divulgar su información de atención médica protegida, de acuerdo con lo requerido por las leyes de privacidad federal y estatal. Su autorización le permite a Community Health Plan of Washington (el Plan) divulgar su información de atención médica protegida a la persona u organización que usted elija.

Nombre del miembro: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Nombre anterior: \_\_\_\_\_ Identificación del miembro: \_\_\_\_\_

**Solicito y autorizo al Plan que divulgue mi información de atención médica al miembro nombrado anteriormente:**

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Organización: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

## Documentos o información a divulgar (marque todas las que aplican)

- Todos los reclamos de beneficios o apelaciones
- Reclamos específicos (especifique fecha(s) de servicio, número de reclamación, etc.)
- Facturación/información de inscripción
- Otro (por favor especifique):

## Autorizaciones de divulgación de información de atención médica

- Sí  No Autorizo la divulgación de mis resultados de las pruebas de enfermedades\* de transmisión sexual a la persona(s) mencionada anteriormente, incluyendo pruebas de VIH/SIDA, ya sean positivas o negativas. Entiendo que la(s) persona(s) mencionada(s) anteriormente será(n) notificada(s) que no puede(n) revelar estos resultados de las pruebas en el futuro, sin obtener primero mi expreso consentimiento y por escrito de dicha divulgación.

\* Las enfermedades de transmisión sexual (ETS), como lo define la ley, RCW 70.24 y ss., incluyen la herpes, herpes simple, el virus del papiloma humano, verrugas genitales, condilomas, la clamidia, uretritis no específica, la sífilis, VDRL, chancroide, linfogranuloma venereum, VIH (virus de la inmunodeficiencia humana), el SIDA (síndrome de inmunodeficiencia adquirida), y la gonorrea.

- Sí  No Autorizo la divulgación de cualquier registro con respecto a mi salud reproductiva, incluyendo servicios relacionados al aborto, a la(s) persona(s) mencionada(s) anteriormente.
- Sí  No Autorizo la divulgación de cualquier registro con relación a los servicios relacionados a mi salud psiquiátrica/mental a la persona(s) mencionada(s) anteriormente.
- Sí  No Autorizo la divulgación de cualquier registro acerca de tratamientos de salud mental, drogas, o alcohol, a la persona(s) mencionada(s) anteriormente.

**Entiendo que tengo el derecho a cambiar de opinión en cualquier momento y revocar esta autorización por medio de un aviso por escrito al Plan. También comprendo que cualquier uso o divulgación hecha anteriormente con mi permiso no se podrá retractar. Además, comprendo que puedo solicitar una copia de esta autorización firmada.**

**Firma del**

**Miembro:** \_\_\_\_\_ Fecha de la firma: \_\_\_\_\_

Si firma como un poder notarial, tutor legal, albacea o administrador de un miembro, debe completar lo siguiente y adjuntar una copia de los documentos legales que acrediten esta condición.

Nombre del representante: \_\_\_\_\_

**Firma del representante:** \_\_\_\_\_ Fecha de la firma: \_\_\_\_\_

Relación con el Miembro:

- Padre (niños de 12 años de edad o menos)     Tutor legal     Poder notarial permanente

**Vencimiento de la autorización**

Esta autorización vencerá (MARQUE SÓLO UNA):

- Cuando revoque esta autorización  
 Según la fecha, evento o condición a continuación: \_\_\_\_\_

**Nota: Esta autorización terminará en el primero de los eventos mencionados o 180 días después de la terminación de la cobertura.**

Entiendo que tengo el derecho de revocar esta autorización antes de la fecha/evento estipulado(a) anteriormente. Entiendo que cualquier revocación debe presentarse por escrito y debe incluir mi nombre, dirección, número de teléfono, fecha de esta autorización y mi firma y que debo enviar la revocatoria a:

**Community Health Plan of Washington  
Attn: Autorizaciones de servicio al cliente  
720 Olive Way, Suite 300  
Seattle, WA 98101**

**\*\*SÓLO PARA USO DEL PLAN\*\***

Esta autorización fue revocada el: \_\_\_\_\_

Firma del representante del plan: \_\_\_\_\_

Para obtener un aviso completo de sus derechos de privacidad, llame al equipo de Servicio al cliente del Plan al 1-800-440-1561. Si tiene discapacidad auditiva o del habla, llame al TTY 7-1-1 (gratuito).