

Autorización de Medicare Advantage para divulgar información de atención médica

El objeto del presente formulario es divulgar su información de salud protegida conforme a lo exigido por las leyes estatales y federales de privacidad. Mediante su autorización, se permite que Community Health Plan of Washington divulgue su información de salud protegida a la persona u organización que usted elija.

Nombre del miembro: _____	Fecha de nacimiento: _____
Nombre anterior: _____	Identificación de miembro: _____

Solicito y autorizo que Community Health Plan of Washington divulgue la información de atención médica del miembro antes mencionado a quien figura a continuación:

Nombre: _____	Fecha de nacimiento: _____	
Organización: _____		
Domicilio: _____		
Ciudad: _____	Estado: _____	Código postal: _____
Teléfono: _____	Fax: _____	

Documentos o información por divulgarse (marque todas las opciones que correspondan):

- Todas las apelaciones o reclamaciones de beneficios
 - Reclamaciones específicas (especifique las fechas de servicio, el número de reclamación, etc.)
- Información sobre inscripción o facturación
- Otros (especifique): _____

Autorizaciones para divulgar información de atención médica

Autorizo que se divulguen los resultados de mis enfermedades de transmisión sexual*, incluidas las pruebas de VIH/SIDA, ya sean negativos o positivos, a las personas mencionadas anteriormente. Comprendo que se les informará a las personas antes descritas que no podrán revelar dichos resultados sin antes haber obtenido un permiso específico por escrito de mi parte a tales fines.

Sí No

* Las enfermedades de transmisión sexual (ETS) conforme las define la ley, en virtud del capítulo 70.24 y siguientes del Código Revisado de Washington (RCW, por sus siglas en inglés), incluyen el herpes, el herpes simple, el virus del papiloma humano, las verrugas genitales, los condilomas, la clamidia, la uretritis no gonocócica, la sífilis, la prueba serológica para la sífilis (VDRL, por sus siglas en inglés), el cancroide, el linfogranuloma venéreo, el VIH (virus de la inmunodeficiencia humana), el SIDA (síndrome de inmunodeficiencia adquirida) y la gonorrea.

- Sí No Autorizo que se divulgue cualquier registro sobre mi salud reproductiva, incluidos los servicios relacionados con el aborto, a las personas mencionadas anteriormente.
- Sí No Autorizo que se divulgue cualquier registro sobre los servicios relacionados con mis enfermedades mentales o trastornos psiquiátricos a las personas mencionadas anteriormente.
- Sí No Autorizo que se divulgue cualquier registro sobre los tratamientos de problemas de salud mental y consumo de alcohol y drogas a las personas mencionadas anteriormente.

Comprendo que tengo derecho a cambiar de idea en cualquier momento y revocar la presente autorización mediante una notificación por escrito a Community Health Plan of Washington. Asimismo, comprendo que todo uso o toda revelación que ya se haya realizado con mi permiso no puede retirarse. Además, comprendo que puedo solicitar una copia de esta autorización firmada.

Firma del miembro: _____

Firmada el día: _____

Si usted firma en calidad de titular de un poder de representación, tutor legal, albacea o administrador de un miembro, debe completar la siguiente información y adjuntar una copia de los documentos legales en que se compruebe tal condición.

Nombre del representante: _____

Firma del representante: _____

Firmada el día: _____

Caducidad de la autorización

Esta autorización caducará (marque solo una opción):

- Cuando yo la revoque
- Ante la fecha, el evento o la condición aquí indicados: _____

Nota: Se rescindirá esta autorización a la fecha de los eventos mencionados anteriormente o a los 180 días de la finalización de la cobertura, lo que ocurra primero.

Comprendo que tengo derecho a revocar la presente autorización con anterioridad a la fecha o el evento establecidos anteriormente. Comprendo que toda revocación debe realizarse por escrito e incluir mi nombre, domicilio, número de teléfono, fecha de la presente autorización y mi firma. También entiendo que debo enviar la revocación al siguiente domicilio:

**Community Health Plan of Washington
Attn: Customer Service Department
1111 Third Avenue, Suite 400
Seattle, WA 98101
Fax: (206) 521-8834**

**** SOLO PARA USO DEL PLAN ****

Se revocó la presente autorización el día:

Firma del representante de
Community Health Plan of
Washington:

Tiene a su disposición un aviso completo de sus derechos de privacidad, que puede solicitar llamando sin costo al Departamento de Servicio al cliente de Community Health Plan of Washington al número 1-800-942-0247, los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m. Si tiene problemas auditivos o del habla, llame al número de TTY 7-1-1 (sin costo).