

## Community Health Plan of Washington

### Autorización para la divulgación de información personal sobre salud

Utilice este formulario si desea que Community Health Plan of Washington (CHPW, por sus siglas en inglés) comparta su información personal sobre salud con alguien más aparte de usted.

**1. Nombre del afiliado:** \_\_\_\_\_ **Fecha de nacimiento:** \_\_\_\_\_  
(Nombre y apellido)

**2. CHPW solo divulgará la información personal sobre salud que usted quiera.**

**2A: Marque una sola casilla para indicarle a CHPW la información personal sobre salud específica que quiere divulgar:**

- Información limitada (continúe con la pregunta 2B)
- Cualquier información (continúe con la pregunta 3)

**2B: Responda esta sección solo si seleccionó la opción “información limitada”. Seleccione todas las opciones que correspondan:**

- Información sobre su elegibilidad
- Información sobre sus reclamos
- Información sobre pago de primas

**2C: Complete solo si desea divulgar información personal sobre salud relacionada con un diagnóstico protegido:**

- Información sobre evaluaciones y tratamientos de enfermedades de transmisión sexual (ETS), que incluyen pruebas y tratamiento de VIH/SIDA (las ETS incluyen, entre otras: herpes, herpes simple, verrugas genitales, virus del papiloma humano, condiloma, clamidia, sífilis, gonorrea, etc.).
- Información sobre pruebas de embarazo, servicios de aborto, atención prenatal y control de natalidad.
- Información sobre salud mental, incluidos síntomas, diagnósticos, medicamentos, evaluaciones y planes de tratamiento.
- Información sobre dependencia química, incluidos síntomas, diagnósticos, medicamentos y planes de tratamiento (**la información sobre trastornos por consumo de sustancias [SUD, por sus siglas en inglés] requiere una autorización por escrito firmada**).

**3. A continuación, marque una sola casilla para indicar cuándo vencerá esta autorización para la divulgación de información personal sobre salud** (sujeta a la ley vigente, por ejemplo: el estado de Washington puede limitar el plazo durante el cual CHPW puede entregar su información personal sobre salud):

Cuando yo revoque esta autorización.

Ante la fecha, el evento o la condición aquí indicados: \_\_\_\_\_

**4. Complete con el motivo de la divulgación (puede escribir “bajo mi pedido”):**

\_\_\_\_\_

**5. Complete con el nombre y la dirección de la persona u organización a quienes desea que CHPW le divulgue su información personal sobre salud. Para las organizaciones que haya mencionado, a continuación, facilite el nombre específico de la persona. Si quiere autorizar a cualquier otra persona u organización, agréguelos al dorso de este formulario.**

Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

**Nota: Tiene derecho a retirar (“revocar”) su autorización en cualquier momento por escrito, a menos que CHPW ya haya actuado basándose en su permiso. Para revocar esta autorización, envíe una solicitud por escrito a la dirección que se detalla a continuación.** El hecho de que autorice o rechace autorizar la divulgación de su información personal sobre salud no tendrá efecto alguno sobre su afiliación, elegibilidad o beneficios, ni sobre el monto que CHPW paga por los servicios de salud que recibe.

**6. Autorizo a CHPW a divulgar la información personal sobre salud detallada anteriormente a las personas u organizaciones que he mencionado en este formulario. Entiendo que mi información personal sobre salud puede ser divulgada nuevamente por dichas personas u organizaciones y puede ya no estar protegida por la ley.**

\_\_\_\_\_  
Nombre en imprenta

\_\_\_\_\_  
Número telefónico

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma

Marque esta casilla si firma como un representante personal y complete a continuación. Adjunte la documentación apropiada (p. ej.: poder notarial). Esta sección solo aplica si ha firmado alguien que no sea el afiliado.

Número telefónico del representante personal: \_\_\_\_\_

Relación del representante personal con el afiliado: \_\_\_\_\_

**7. Envíe la autorización completa y firmada a:**

Community Health Plan of Washington  
Attn: Customer Service Department  
1111 3<sup>rd</sup> Ave, Ste. 400  
Seattle, WA 98101  
Fax: (206) 521-8834

Si tiene alguna pregunta o desea obtener un aviso completo de sus derechos de privacidad, comuníquese con el Departamento de Servicios de Atención al Cliente de CHPW utilizando los siguientes datos.

<p><b>Si es afiliado de Atención administrada e integrada de Apple Health (Medicaid) del estado de Washington</b></p> <p>Comuníquese con el Servicio de Atención al Cliente de forma gratuita al 1-800-440-1561, de lunes a viernes de 8 a. m. a 5 p. m.</p> <p>Si tiene problemas auditivos o del habla, llame al número de TTY 711 (gratuito).</p> <p>El aviso también está disponible en línea: <a href="https://www.chpw.org/for-members/your-privacy-and-rights/">https://www.chpw.org/for-members/your-privacy-and-rights/</a></p>	<p><b>Si es afiliado de Medicare Advantage de CHPW</b></p> <p>Comuníquese con el Servicio de Atención al Cliente de forma gratuita al 1-800-942-0247, los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m.</p> <p>Si tiene problemas auditivos o del habla, llame al número de TTY 711 (gratuito).</p> <p>El aviso también está disponible en línea: <a href="https://medicare.chpw.org/member-center/member-rights/">https://medicare.chpw.org/member-center/member-rights/</a></p>
--	---

\_\_\_\_\_  
**\*\* SOLO PARA USO DEL PLAN \*\***

Se revocó la presente autorización el día: \_\_\_\_\_



Firma del representante de CHPW: \_\_\_\_\_

H5826\_CP\_059\_2020\_Auth\_To\_Release\_PHI\_Form\_C SPA  
CHPW\_CP\_177\_01\_2020\_Authorization\_Release\_PHI\_Form

HCA Approval: 2020-108