

Formulario de Autorización para la Divulgación de Información Médica

Este formulario se debe llenar por un miembro si se hace una solicitud para divulgar información médica sobre el miembro a otra persona o a otra compañía. Favor de incluir toda la información posible.

Parte A: Información sobre el Miembro

Apellido del miembro	Primer Nombre del miembro	Inicial Intermedia	Fecha de Nac. del Miembro
Dirección del Miembro	Ciudad	Estado	Código Postal
Número Telefónico de Día ()	Número Telefónico Celular ()	Número de Identificación (véase la tarjeta de identificación)	

Parte B: Persona o compañía que recibirá esta información

Los siguientes individuos o compañías tienen el derecho de recibir mi información (deben tener 18 años o más). Favor de escribir el primer nombre y apellido. Por medio de escribir el primer nombre/apellido abajo, dicha persona puede recibir mi información.

Mi cónyuge (escriba primer nombre y apellido)	Mis Padres (si tiene más de 18 — escriba primer nombre y apellido[s])
Mi pareja de hecho (escriba primer nombre y apellido)	Mi mediador de seguros o agente (escriba el nombre de la compañía y primer nombre y apellido, si lo tiene)
Mis niños adultos (escriba primer nombre y apellido[s])	Otro (escriba primer nombre y apellido [si lo tiene], nombre de la compañía y cómo se relaciona con usted)

Parte C: Información que se puede divulgar

Permito que la siguiente información se use o para que sea divulgada por Delta Health Systems (DHS) en mi nombre:
Marque solamente una caja.

Toda mi información. Esto puede incluir la salud, una diagnosis (nombre de enfermedad o condición), reclamaciones, doctores y otros proveedores de cuidado médico e información financiera (como facturación y de bancos). Esto no incluye información delicada (véase abajo) a menos que se apruebe abajo.

O

Solamente información limitada puede divulgarse (marque cada caja abajo que le pueda aplicar a usted).

<input type="checkbox"/> Apelación	<input type="checkbox"/> Doctor y hospital	<input type="checkbox"/> Remisiones
<input type="checkbox"/> Beneficios y cobertura	<input type="checkbox"/> Elegibilidad e inscripción	<input type="checkbox"/> Tratamientos
<input type="checkbox"/> Facturación	<input type="checkbox"/> Financiero	<input type="checkbox"/> Dental
<input type="checkbox"/> Reclamaciones y pagos	<input type="checkbox"/> Registros Médicos	<input type="checkbox"/> Visión
<input type="checkbox"/> Diagnosis (nombre de la enfermedad o condición) y procedimiento (tratamiento)	<input type="checkbox"/> Certificación de antemano y autorización de antemano (para autorización de tratamientos)	<input type="checkbox"/> Farmacéutico
		<input type="checkbox"/> Otro: _____

También apruebo la divulgación de los siguientes tipos de información delicada por DHS (marque cada caja que le aplique):

Toda información delicada² O Solamente información sobre los temas marcados abajo

<input type="checkbox"/> Abortos	<input type="checkbox"/> Pruebas genéticas	<input type="checkbox"/> Salud Mental
<input type="checkbox"/> Abuso (sexual/físico/mental)	<input type="checkbox"/> VIH o SIDA	<input type="checkbox"/> Enfermedad sexualmente transmitida
<input type="checkbox"/> Trastorno de Uso de sustancias ^{1,2}	<input type="checkbox"/> Maternidad	<input type="checkbox"/> Otra: _____

1 Especifique el plazo de tiempo de los registros que pueden divulgarse: _____
 Descripción de registros que pueden divulgarse: _____

2 A menos que lo especifique en este formulario, pretendo incluir todo registro sobre trastornos de uso de sustancias mantenidas por DHS sobre mi. Entiendo que se protegen los registros sobre mi trastorno de uso de sustancias bajo las leyes y regulaciones de Confidencialidad Federales y Estatales y no pueden divulgarse sin mi consentimiento escrito a menos que se provea algo distinto en las leyes y regulaciones. También entiendo que puedo revocar (o cancelar) esta aprobación en cualquier momento o según se describa en la Parte E. Entiendo que no puedo cancelar esta aprobación cuando este formulario ya se haya usado para divulgar alguna información.

Parte D: El Propósito de esta Aprobación— Marque solamente una caja.

Para repartir la información según se demuestra en este formulario.

0

Por esta(s) razón(es): _____

Parte E: La Fecha que se vence su aprobación — Marque solamente una caja.

Si este documento no se haya revocado ya, esta aprobación se vencerá en lo más temprano entre las siguientes fechas

Para cónyuges, 5 años desde la fecha de la firma

0

Para dependientes menores, tras su fecha 26^{to} de nacimiento

Parte F: Reviso y aprobación

He leído los contenidos de este formulario. Lo comprendo y estoy de acuerdo con ello y permito que DHS use y divulgue mi información según he declarado arriba o según se requiera por las leyes pertinentes. También entiendo que firmo este formulario bajo mi propia voluntad. Comprendo que DHS no requiere que firme este formulario para recibir tratamientos o para pagos o para inscripción o para poder ser elegible para beneficios.

Tengo el derecho de revocar esta aprobación en cualquier momento por medio de darle a DHS un aviso escrito de mi revocación. Entiendo que mi revocación de esta aprobación no afectará ninguna acción que se haya tomado antes de haberlo llevado a cabo. También entiendo que pueda que la información sea divulgada por medio de la persona o por el grupo que lo reciba. Si esto pasa, pueda que no sea protegida bajo la Regla de Privacidad de HIPAA. Tengo el derecho de recibir una copia de este formulario.

Firma del miembro o Representante/Guardián Legal Nombrado

Fecha

X

Representante/Guardián Legal – Llene esta sección solo si tiene documentación comprobante de Representación Legal

Si se firma este formulario por alguien aparte del miembro o del padre, como un representante personal, representante legal o por un guardián en nombre del miembro, favor de entregar lo siguiente:

Una copia del cuidado médico, general o Poder Legal Duradero.

0

Una orden judicial u otra documentación que muestre la custodia u otra documentación legal que muestre la autoridad del representante legal que puede tomar acción en nombre del miembro.

Favor de cumplir lo siguiente:

Representante legal (nombre completo en letra de molde)		Relación legal al miembro	
Dirección del representante legal	Ciudad	Estado	Código Postal
Firma	Fecha		

X

Favor de regresar el formulario cumplido a:

Delta Health Systems
P.O. Box 80
Stockton, CA 95201-3080

por fax: (209) 474-5407

o por correo electrónico (email): special.project1@delapro.com

Asegúrese de mantener una copia de este formulario en sus archivos.

Para el recipiente de información sobre trastornos de uso de sustancias

Esta información se ha divulgado a usted de registros protegidos por las reglas Federales de Confidencialidad de Registros del Paciente sobre el Abuso del Alcohol o de Drogas (42 CFR Parte 2). Las reglas Federales prohíben divulgaciones adicionales por parte suya de esta información a menos que la divulgación sea expresamente permitida por medio del consentimiento escrito de la persona a quien se refiera o según se permita de otra manera por 42CFR Parte 2. Una autorización general para la divulgación de información médica u de otra clase NO es suficiente para estos propósitos. Las reglas Federales restringen todo uso de la información sobre un paciente con una diagnosis de un trastorno de uso de sustancias a las investigaciones o enjuiciamientos criminales.