

AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA

Este formulario debe llenarse por completo para ser válido.

Nombre del miembro: _____ Id del miembro: _____

Otorgo acceso a Colorado Access y a la persona u organización que se mencionan a continuación para intercambiar y compartir información de mi salud

Nombre

Número de teléfono

Número de fax

Dirección (opcional)

Ciudad

Estado

Código postal

Haga selecciones en las tres (3) secciones siguientes:

Mi información se puede compartir para el siguiente propósito (debe marcar una selección):

- Coordinación de cuidados/tratamiento
- Para explicar beneficios y cobertura
- Representación legal
- Representación para quejas o apelaciones
- A mi petición
- Otro _____

Al marcar una (1) de las casillas a continuación, otorgo permiso para compartir la siguiente información:

- Todos los registros de salud
○
- Solo se puede compartir información limitada (seleccione la información a continuación que desea compartir).
 - _____ Información sobre facturación y quejas/Autorizaciones previas
 - _____ Información sobre elegibilidad
 - _____ Notas/Planes de administración de caso
 - _____ Información demográfica
 - _____ Otra - por favor especifique _____

Información de salud específica no se compartirá, a menos que yo seleccione esta información a continuación:

- _____ Registros o información relacionados con VIH/SIDA
- _____ Información sobre pruebas genéticas
- _____ Información sobre diagnóstico, tratamiento y remisión relacionado con drogas o alcohol

La información a compartir abarca las siguientes fechas de servicio: _____

Mi permiso vencerá un (1) año después de la fecha en que se firma esta autorización, a menos que yo cambie mi permiso a continuación: Fecha de vencimiento específica: ___/___/___ (MM/DD/AA) sin exceder dos (2) años.

Declaraciones de autorización

Firmo esta autorización de manera voluntaria. Comprendo que puedo rechazar firmar esta autorización. Si rechazo firmar esta autorización, no afectará mis beneficios de atención médica o el pago por mis beneficios de atención médica.

Puedo cancelar esta autorización en cualquier momento. Para cancelar esta autorización, puedo llamar a Colorado Access al 855-879-8286, usuarios de TTY/TDD llamar al 888-803-4494 o enviar un correo electrónico a privacy@coaccess.com. Comprendo que si cancelo esta autorización, no afectará la información que se compartió antes de que Colorado Access recibiera mi cancelación por escrito.

Comprendo si otorgo a Colorado Access permiso para compartir mi información, es posible que las personas u organizaciones que reciban mi información no estén obligadas a proteger mi información.

Firma del miembro o representante personal

Fecha

Escriba con letra de imprenta el nombre del representante personal del miembro

Fecha

Descripción de la autoridad del representante personal

Representantes personales: Si firma esta autorización en nombre de un miembro, deberá incluir documentación que compruebe su autoridad para tomar decisiones sobre cuidados médicos en nombre del miembro.

Menores de edad: Menores de edad que tengan 15 años o más pueden firmar este formulario para autorizar la liberación de información sobre salud mental. Los menores de cualquier edad pueden firmar este formulario para autorizar la liberación de información de atención médica sobre el tratamiento de enfermedades transmitidas sexualmente incluidas VIH/SIDA, tratamiento para el abuso de alcohol o drogas, tratamiento contraceptivo y servicios de cuidados prenatales.

If you need this document in large print, Braille, other formats, or languages, or read aloud, or need another copy, call 800-511-5010. For TDD/TTY, call 888-803-4494. Call Monday to Friday, 8 a.m. to 5 p.m. The call is free.

Si necesita este documento en letra grande, Braille, otros formatos o idiomas, o se lea en voz alta, o necesita otra copia, llame al 800-511-5010. Para TDD/TTY, llame al 888-803-4494. Llame de lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m. La llamada es gratis.