

## Autorización para usar y/o revelar información protegida de salud

1. Nombre del miembro \_\_\_\_\_

Numero de identificación del miembro \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

### 2. Descripción de la información a ser usada y/o revelada:

- Ejemplos: "historial de prescripciones médicas" o "cuidado de enfermeras calificadas aprobado por el plan"

---

---

### 3. ¿Quién está autorizado para usar y/o revelar la información?

- Diga quien está autorizado a usar o revelar su información de salud
- Ejemplos: "First Choice" o "El doctor Jones"

---

---

### 4. ¿Quién está autorizado para obtener la información?

- El nombre de quien está autorizado a obtener la información mencionada arriba
- Por ejemplo: "Marta Smith, Madre"

---

---

### 5. Razón por la cual la información será usada y/o revelada:

- Si el miembro ha pedido compartir su información protegida de salud, escriba aquí "a petición del individuo"
- Si la razón para la cual la información va a ser usada incluye "mercadotecnia," por favor indique si Select Health  va o  no va a recibir pago como resultado de usar y/o revelar la información. Esto no incluye pago por cualquier servicio proveído a usted.

---

---

### 6. Fecha o evento de expiración, si hay alguno (si no, marque N/A):

---

---

## Provisiones de la notificación del miembro

Usted puede cancelar esta autorización en cualquier momento. Para cancelar, mande una petición por escrito al Oficial de Privacidad de Select Health, PO Box 40849, Charleston SC 29423. La petición debe de identificar a esta autorización refiriéndose a la fecha en la que fue firmada (abajo). La petición debe de incluir la fecha en la cual la autorización termina.

Si usted cancela esta autorización, nosotros aún podríamos utilizar y revelar la información para los propósitos mencionados si ya habíamos actuado para hacerlo. Además, si esta autorización es para permitir la revelación de información a una compañía de seguros para que usted reciba cobertura del seguro, la compañía de seguros puede aún tener el derecho de usar la información para impugnar un reclamo de su cobertura. Usted puede negarse a firmar esta autorización.

Usted no necesita firmar esta forma para obtener servicios del cuidado de la salud EXCEPTO en estos casos:

- Si el único propósito de proveerle un servicio es para obtener la revelación de la información a alguien mas, entonces debe de autorizar la revelación para obtener ese servicio.
- Si los servicios están relacionados a la investigación, usted podría tener que autorizar el uso y/o revelación de su información de salud. Esto se refiere solo a la información de salud relacionada con los servicios de investigación. El uso y/o revelación de su información estará limitado a lo que sea necesario para la investigación. Si usted no autoriza el uso y/o revelación de su información para la investigación. Usted podría no ser capaz de recibir los servicios.

Usted no tiene que firmar esta autorización para recibir pago, registrarse en First Choice o para calificar para los servicios. Bajo la ley federal, usted no tiene que autorizarnos para recibir las notas privadas de sus sesiones de asesoramiento que son mantenidas por un profesionalista de salud mental como una condición de pago, registro en un plan de salud o para calificar para los beneficios.

Una persona u organización que recibe su información debido a esta autorización puede tener el derecho legal de revelarla a otras personas u organizaciones sin su conocimiento o consentimiento.

Firma \_\_\_\_\_ Fecha de firma \_\_\_\_\_

Si esta autorización es firmada por alguien que no es el miembro cuyo nombre aparece en la página anterior, provea una descripción de la autoridad de la persona que firma para actuar por parte del miembro.

Usted recibirá una copia de este forma.

### **Definiciones:**

**Autorización:** consentimiento, permiso

**Revelación:** hacer saber, compartir

**Información protegida de salud (PHI, por sus siglas en inglés):** información recopilada por un profesionalista del cuidado de la salud para identificar a un individuo y determinar el cuidado apropiado.