



Promise Health Plan

## AUTORIZACIÓN PARA REVELAR INFORMACIÓN SOBRE LA SALUD

Use este formulario para autorizar a Blue Shield of California, Blue Shield of California Life & Health Insurance Company y a sus socios comerciales (colectivamente, "Blue Shield") a revelar información sobre su salud a otra persona u organización.

### 1. Información del miembro

Nombre del miembro: \_\_\_\_\_

Dirección del miembro: \_\_\_\_\_

Número de identificación del suscriptor: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

### 2. ¿Quién puede recibir información?

Nombre del destinatario: \_\_\_\_\_

Dirección del destinatario: \_\_\_\_\_

Relación del destinatario con el Miembro: \_\_\_\_\_

### 3. ¿Cuál es el objetivo de completar este formulario? (Marque una opción)

Autorización nueva (siga con el número 4)

Cancelar una autorización existente (pase al número 7)

### 4. ¿Cuál es el objetivo de la revelación de información? (Marque una opción)

Cuando yo lo pida; ningún objetivo específico

Objetivo específico: \_\_\_\_\_

### 5. ¿Qué información puede compartirse con el destinatario? (Marque todo lo que corresponda)

Explicación de beneficios

Información sobre reclamaciones

Información sobre la facturación de primas

Administración de casos

Toda o cualquier información que Blue Shield Promise Health Plan conserve, que puede incluir información relacionada con su atención médica, su diagnóstico, sus proveedores, los pagos o las reclamaciones de beneficios o del seguro, y/o información financiera o sobre la facturación. No incluye información confidencial a menos que se autorice específicamente a continuación.

Otra (especifique): \_\_\_\_\_

**6. ¿El destinatario tiene autorización para recibir información confidencial? (Marque una opción)**

- No
- Sí (Marque todo lo que corresponda)
- Enfermedad contagiosa e infecciosa
  - Atención de afirmación de género
  - Información genética
  - VIH/sida
  - Salud mental o de la conducta
  - Salud sexual y reproductiva
  - Abuso sexual, físico o mental, incluida la violencia de pareja íntima
  - Infecciones de transmisión sexual
  - Trastorno por el uso de sustancias adictivas (alcohol/drogas)

**7. Vencimiento y cancelación**

Deseo que esta autorización termine el \_\_\_\_\_. (Ej.: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_)

Si no se elige una fecha, la autorización vencerá un año después de la fecha de la firma a continuación. Usted tiene derecho a cancelar esta autorización en cualquier momento mediante un aviso por escrito a Blue Shield Promise Health Plan. La cancelación de esta autorización no afectará la información que revelamos antes de recibir su pedido de cancelación. Si un padre, una madre o un tutor legal presenta esta autorización en nombre de un menor de edad, vencerá el día en que el menor cumpla 18 años.

**8. Firma del miembro o del representante legal**

He leído este formulario, y entiendo y acepto sus términos. Autorizo a Blue Shield Promise Health Plan a revelar la información al destinatario indicado como se detalló anteriormente. Entiendo que una vez que se revele mi información, puede ser revelada nuevamente por el destinatario y es posible que ya no esté protegida por las leyes de privacidad, incluida la ley federal de 1996 llamada Health Insurance Portability and Accountability Act (Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos). Entiendo que Blue Shield Promise Health Plan no puede condicionar el pago, la inscripción en un plan de salud o la elegibilidad para los beneficios dependiendo de que yo firme o no esta autorización.

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre en letra de imprenta

Si un representante legal firma este formulario, brinde el nombre del representante y la relación con el miembro (padre/madre, tutela por orden judicial, poder notarial para la atención de la salud, etc.):

Si este formulario lo firma una persona que no es el miembro ni el padre o la madre de un menor de edad, como un representante personal/legal, un tutor o un ejecutor testamentario, **también debe presentar documentación legal** que demuestre que usted tiene autoridad para actuar en nombre del Miembro (o como administrador de la propiedad del Miembro) para revelar la información sobre la salud. Por ejemplo, esa documentación puede incluir lo siguiente:

1. Poder notarial para la atención de la salud.
2. Documentación válida y actual de la tutela por orden judicial.
3. Otra documentación legal válida que demuestre su autoridad para actuar en nombre del Miembro (o como administrador de la propiedad del Miembro).

---

**Guarde una copia del formulario de autorización para sus registros.**

Envíe el formulario de autorización completo y firmado a:

Blue Shield of California Promise Health Plan Privacy Office  
P.O. Box 272540  
Chico, CA 95927-2540

---

Blue Shield of California Promise Health Plan complies with applicable state laws and federal civil rights laws, and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, ancestry, religion, sex, marital status, gender, gender identity, sexual orientation, age, or disability.

Blue Shield of California Promise Health Plan cumple con las leyes estatales y las leyes federales de derechos civiles vigentes, y no discrimina por motivos de raza, color, país de origen, ascendencia, religión, sexo, estado civil, género, identidad de género, orientación sexual, edad ni discapacidad.

Blue Shield of California Promise Health Plan 遵循適用的州法律和聯邦公民權利法律，並且不以種族、膚色、原國籍、血統、宗教、性別、婚姻狀況、性別認同、性取向、年齡或殘障為由而進行歧視。