

Autorización para usar o revelar información sobre la salud



A. 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 usar o revelar información sobre su salud a otra persona u organización.

1. Persona cuya información se revelará ("Miembro")

Nombre y dirección del Miembro:

N.º de identific. del suscriptor:

Fecha de nacimiento:

2. ¿Quién está autorizado para recibir la información del Miembro ("Destinatario")?

Nombre y dirección del Destinatario:

Relación del Destinatario con el Miembro:

3. ¿Qué información puede revelarse al Destinatario? (Marque una opción)

Toda o cualquier información que Blue Shield conserve. Puede incluir información relacionada con la atención médica, el diagnóstico, los proveedores, los pagos o las reclamaciones de beneficios o del seguro, y/o información financiera o sobre la facturación del Miembro. *No incluye información confidencial, a menos que la revelación de este tipo de información esté aprobada específicamente más adelante.*

Solo la siguiente información, o los siguientes tipos de información, que Blue Shield conserve: (especifique)

4. ¿El Destinatario está autorizado para recibir información confidencial?

NO. SIGA CON LA SECCIÓN 5

SÍ. Complete (a) O (b) a continuación; no puede elegir ambas opciones. Autorizo específicamente al Destinatario a recibir:

a. Notas de psicoterapia. **Si marca esta casilla, no puede marcar ninguna otra casilla en la sección b. a continuación.** La autorización para revelar notas de psicoterapia no se puede combinar con una autorización para revelar ningún otro tipo de información. **SIGA CON LA SECCIÓN 5.**

b. Complete esta sección **SOLAMENTE si** no marcó la casilla 4(a) anterior y desea autorizar la revelación de cualquiera de los siguientes tipos de información confidencial (marque todas las opciones que correspondan):

<input type="checkbox"/> Aborto	<input type="checkbox"/> Abuso de sustancias adictivas o bebidas alcohólicas	<input type="checkbox"/> Información genética
<input type="checkbox"/> VIH/SIDA	<input type="checkbox"/> Salud mental	<input type="checkbox"/> Embarazo
<input type="checkbox"/> Abuso sexual, físico o mental	<input type="checkbox"/> Enfermedad de transmisión sexual	

Nota para padres/tutores legales de menores de edad de 12 años en adelante: Es posible que usted no pueda obtener o autorizar el uso o la revelación de determinados tipos de información confidencial acerca del menor sin la propia autorización del menor por escrito.

Esto puede incluir los tipos de información confidencial detallados anteriormente, así como información relacionada con enfermedades contagiosas, violación o agresión sexual, y ciertos tratamientos o sesiones de asesoramiento por problemas de salud mental para pacientes ambulatorios. Si el menor tiene 17 años de edad o más, la revelación de información acerca de casos de violencia familiar y donaciones de sangre también necesita la autorización del menor.

5. ¿Cuál es el motivo del uso o revelación de información que se pide?

La información es acerca de mí y se usará o revelará cuando yo lo pida.

La información es necesaria para resolver una apelación o una disputa sobre una reclamación.

Otro: (especifique)

B. Vencimiento y anulación

Esta Autorización tendrá validez durante un año a partir de la fecha en que usted la firme (más abajo) a menos que se especifique una fecha distinta aquí:

____/____/____

Usted tiene derecho a anular esta autorización en cualquier momento mediante un aviso por escrito a Blue Shield. *La anulación de esta autorización no afectará la información que usamos o revelamos antes de recibir su pedido de anulación.* 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 de edad.

C. Firma

He leído este formulario, y entiendo y acepto sus términos. Autorizo a Blue Shield of California a usar o 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 Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA, Ley de Transferibilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos) de 1996.

Entiendo que Blue Shield 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

D. Representantes personales/legales o tutores

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 testamentario, un tutor o un representante personal/legal, **usted 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) y, en consecuencia, puede autorizar el uso o la revelación de la información sobre la salud del Miembro. Por ejemplo, esa documentación puede incluir lo siguiente: 1) Poder notarial permanente para la atención de la salud; 2) documentación válida y actual de la tutela por orden judicial; o 3) otra documentación legal ~~válida que demuestre su autoridad para actuar en nombre del Miembro (o como~~

Complete también la siguiente información:

Nombre del representante (en letra de imprenta):

Relación con el Miembro:

Tipo de documentación enviada:

Guarde una copia de esta Autorización para sus registros.

Envíe el formulario de autorización completo y firmado a:

Blue Shield of California Customer Care
P.O. Box 272540
Chico, CA 95927-2540

Blue Shield of California 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 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 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。