



## Autorización para la divulgación de información médica protegida

Use este formulario para autorizar a Blue Shield of California, Blue Shield of California Life & Health Insurance Company, y a sus socios comerciales (en conjunto, "Blue Shield") a divulgar su información médica protegida a otra persona u organización.

### 1. Información del miembro

Nombre del miembro:

Dirección del miembro:

Número de identificación de suscriptor:

Fecha de nacimiento:

### 2. ¿Quién puede recibir información?

Nombre del receptor:

Dirección del receptor:

Relación del receptor con el miembro:

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

- Autorización nueva (avanzar al número 4)
- Revocar una autorización existente (saltar al número 7)

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

- A solicitud mía – sin propósito específico
- Propósito específico: \_\_\_\_\_

### 5. ¿Qué información se puede compartir con el receptor? (marque todas las opciones que correspondan)

- Explicación de beneficios
- Información sobre reclamos
- Información de facturación de primas
- Administración de casos
- Alguna o toda la información que Blue Shield conserve. Esto puede incluir información relacionada con su atención médica, diagnóstico, proveedores, reclamos/pagos de seguro o beneficios y/u información financiera/de facturación. No incluye información confidencial a menos que se apruebe específicamente a continuación.
- Otra (especificar): \_\_\_\_\_

**6. ¿El receptor está autorizado a recibir información confidencial? (Marque una opción)**

No

Sí (marcar todas las opciones que correspondan)

Enfermedad contagiosa e infecciosa

Atención de afirmación del género

Información genética

VIH/SIDA

Salud mental o conductual

Salud sexual y reproductiva

Abuso sexual, físico o mental, incluyendo violencia doméstica

Infecciones de transmisión sexual

Trastorno por uso de sustancias (alcohol/drogas)

**7. Vencimiento y revocación**

Me gustaría que esta autorización finalizara el \_\_\_\_\_. (ej.: \_\_/\_\_/\_\_)

Si no se elige una fecha, la autorización vencerá en un año a partir de la fecha de firma que figura a continuación. Usted tiene derecho a revocar esta autorización en cualquier momento notificando por escrito a Blue Shield. La revocación de esta autorización no afectará la información que divulguemos antes de recibir su solicitud de revocación. Si esta autorización es otorgada por el padre/la madre o el representante legal en nombre de un menor, vencerá cuando el menor cumpla los 18 años.

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

He leído este formulario y comprendo y acepto sus términos. Ordeno a Blue Shield of California que divulgue la información al receptor indicado de acuerdo con lo manifestado anteriormente. Comprendo que una vez que se divulgue mi información, el receptor podría volver a divulgarla y es posible que deje de estar protegida por las leyes de privacidad, incluida la Ley federal de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud de 1996. Entiendo que Blue Shield no puede condicionar el pago, la inscripción en un plan de salud ni la elegibilidad para beneficios al hecho de que yo firme o no esta autorización.

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre en letra de molde

Si un representante legal firmó este formulario, proporcione el nombre y su relación con el miembro (padre, madre, tutela ordenada por un tribunal, poder notarial para atención médica, etc.):

\_\_\_\_\_

Si este formulario es firmado por una persona que no es el miembro o el padre/la madre de un menor, por ejemplo, un representante personal/legal, tutor o albacea, **usted debe proporcionar también la documentación legal** que muestre su autoridad para actuar en nombre del miembro (o a la sucesión del miembro) para divulgar información médica protegida. Dicha documentación puede incluir, por ejemplo:

1. Poder notarial para la atención médica
2. Documentación vigente y válida de una tutoría ordenada por un tribunal; u
3. Otra documentación legal válida que indique su autoridad para actuar en nombre del miembro (o de la sucesión del miembro)

---

**Guarde una copia del formulario de autorización.**

Devuelva el formulario de autorización completado y firmado a:

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

---

The company complies with applicable state laws and federal civil rights laws and does not discriminate, exclude people, or treat them differently on the basis of race, color, national origin, ethnic group identification, medical condition, genetic information, ancestry, religion, sex, marital status, gender, gender identity, sexual orientation, age, mental disability, or physical disability.

La compañía cumple con las leyes de derechos civiles federales y estatales aplicables, y no discrimina, ni excluye ni trata de manera diferente a las personas por su raza, color, país de origen, identificación con determinado grupo étnico, condición médica, información genética, ascendencia, religión, sexo, estado civil, género, identidad de género, orientación sexual, edad, ni discapacidad física ni mental.

本公司遵守適用的州法律和聯邦民權法律，並且不會以種族、膚色、原國籍、族群認同、醫療狀況、遺傳資訊、血統、宗教、性別、婚姻狀況、性別認同、性取向、年齡、精神殘疾或身體殘疾而進行歧視、排斥或區別對待他人。