



AUTORIZACIÓN DEL MIEMBRO PARA UTILIZAR O REVELAR INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA

Estimado miembro: Al firmar este formulario, usted autoriza a Central California Alliance for Health a usar o revelar su información médica protegida para el propósito específico que se describe a continuación.

**** PUEDE REHUSARSE A FIRMAR ESTE FORMULARIO ****

Información del miembro

Nombre: _____
Dirección: _____
Teléfono: _____
Número de identificación del miembro: _____
Fecha de nacimiento del miembro: _____

Por favor lea atentamente las siguientes declaraciones:

Sin condiciones: Si decide no firmar esta autorización, esto no afectará la inscripción en nuestro plan de salud ni su elegibilidad para recibir beneficios de salud.

Efecto de firmar este formulario: La información médica protegida que se describe a continuación puede ser revelada de nuevo a una tercera entidad que no sea un proveedor de cuidado de salud ni un plan de salud cubierto por las leyes federales de privacidad.

Derecho de acceso del miembro: Usted tiene derecho a revisar y obtener una copia de su información médica protegida mantenida por Central California Alliance for Health (la Alianza) en cualquiera de los siguientes archivos:

- archivo de su inscripción en la Alianza
- su historial de reclamaciones con la Alianza, incluidos los archivos de pago
- archivos del manejo de su caso o del manejo de su cuidado médico

Excepciones: La Alianza no revelará ninguna información que hayamos recopilado en previsión de o para su uso en cualquier acción o procedimiento civil, penal o administrativo, ninguna información restringida conforme a las Enmiendas para el Mejoramiento de los Laboratorios Clínicos de 1988 (Título 42, Sección 263a del Código de los Estados Unidos [U.S.C., por sus siglas en inglés]), notas de psicoterapia ni otros archivos determinados.

Derecho de revocar: Puede revocar esta autorización en cualquier momento dando aviso por escrito al Funcionario de Privacidad que se indica a continuación. Revocar esta autorización *no* afectará las medidas que hayamos tomado antes de recibir su aviso de revocación.

Autorizaciones específicas: La siguiente información no se revelará a menos que usted lo autorice específicamente al marcar la casilla o las casillas correspondientes a continuación:

- Tratamiento por consumo de alcohol o drogas Información de salud mental
 Información relacionada con el VIH

Descripción y cantidad de la información médica que se utilizará o revelará:

Propósito de la solicitud de autorización:

Se puede dar a conocer la información médica a la siguiente persona o entidad:

Nombre o agencia: _____
Dirección: _____
Teléfono: _____
Número de fax: _____

Marque esta casilla si da autorización para hablar con varias personas o agencias
(si marca esta casilla, complete la página 3)

Esta autorización vencerá:

En esta fecha:
 O en caso de que ocurra lo siguiente: _____

Firma del miembro:

Yo, _____, leí y comprendí el contenido de este formulario. Entiendo que al firmar este formulario, autorizo a la Alianza para que utilice o revele la información de salud protegida acerca de mí. Dicha información sólo se utilizará o revelará con los propósitos descritos anteriormente y únicamente por el periodo de tiempo especificado anteriormente.

Firma: _____ **Fecha:** _____

Si llena este formulario de autorización como representante personal del miembro, proporcione la siguiente información:

Nombre del representante personal: _____
Relación con el individuo: _____
Firma del representante personal: _____

TIENE DERECHO A RECIBIR UNA COPIA DE ESTA AUTORIZACIÓN

Personas o agencias autorizadas (continuación)

Se puede dar a conocer la información médica a la siguiente persona o entidad:

Nombre o agencia: _____
Dirección: _____
Teléfono: _____
Número de fax: _____

Se puede dar a conocer la información médica a la siguiente persona o entidad:

Nombre o agencia: _____
Dirección: _____
Teléfono: _____
Número de fax: _____

Se puede dar a conocer la información médica a la siguiente persona o entidad:

Nombre o agencia: _____
Dirección: _____
Teléfono: _____
Número de fax: _____

Se puede dar a conocer la información médica a la siguiente persona o entidad:

Nombre o agencia: _____
Dirección: _____
Teléfono: _____
Número de fax: _____

Se puede dar a conocer la información médica a la siguiente persona o entidad:

Nombre o agencia: _____
Dirección: _____
Teléfono: _____
Número de fax: _____

TIENE DERECHO A RECIBIR UNA COPIA DE ESTA AUTORIZACIÓN