

Autorización de uso y divulgación Información de salud



333 E. Wetmore Rd.
Tucson, AZ 85705
Cc: Member Services
(Servicios para los afiliados)

Aviso a los afiliados:

- Llenar este formulario permitirá a Ambetter from NH Healthy Families el (i) uso de la información sobre su salud para un fin en particular, y/o (ii) compartir la información sobre su salud con la persona o grupo que usted identifique en este formulario.
- No es necesario que otorgue una autorización para usar o compartir su información médica. Los servicios y beneficios que usted recibe de Ambetter from NH Healthy Families no cambiarán si usted no presenta este formulario.
- Si usted desea cancelar este formulario de autorización, envíenos una solicitud de revocación por escrito a la dirección que aparece a pie de página. Puede obtener un formulario de revocación si llama a Servicios para los Afiliados al número telefónico que se muestra al dorso de su tarjeta de identificación de miembro.
- Ambetter from NH Healthy Families no puede prometer que la persona o grupo, autorizados por usted, con los que nosotros compartimos su información de salud, no la compartirán con terceros.
- Guarde una copia de todos los formularios llenos que nos envíe. Podemos enviarle copias si las necesita.
- Si necesita ayuda, póngase en contacto con Member Services (Servicios para los Afiliados) al número telefónico que se muestra al dorso de su tarjeta de identificación de miembro.
- Llene toda la información solicitada en este formulario. Cuando termine, envíe por correo el formulario y cualquier documento de apoyo a

Ambetter from NH Healthy Families
333 E. Wetmore Rd.
Tucson, AZ 85705
Cc: Member Services (Servicios para los afiliados)

Aviso al (a la) afiliado(a):

- Al llenar este formulario, usted autoriza a Ambetter from NH Healthy Families a (i) que use su información de salud para un fin en particular, y/o (ii) que la dé a conocer a la persona o entidad que usted identifique en este formulario.
- Usted no tiene que firmar este formulario ni dar permiso a usar o dar a conocer su información médica. Sus servicios y beneficios de Ambetter from NH Healthy Families no cambiarán si usted no firma este formulario.
- Si desea cancelar este formulario de autorización, envíenos por escrito una solicitud para revocarlo a la dirección que aparece al final de esta página. Servicios para los afiliados puede proporcionarle un formulario de revocación si les llama al número telefónico que se encuentra en la parte trasera de su tarjeta de identificación de afiliación.
- Ambetter from NH Healthy Families no puede prometer que la persona o el grupo al que nos permita dar a conocer su información de salud no la dará a conocer a alguien más.
- Conserve una copia de todos los formularios llenos que nos envíe. Si las necesita, podemos enviarle copias.
- Si necesita ayuda, comuníquese con Servicios para los afiliados al número telefónico que aparece en la parte trasera de su tarjeta de identificación de afiliación.
- Llene toda la información de este formulario. Al terminar, envíe el formulario y todos los documentos de apoyo a

Ambetter from NH Healthy Families
333 E. Wetmore Rd.
Tucson, AZ 85705
Cc: Member Services (Servicios para los afiliados)

FAVOR DE LEER CUIDADOSAMENTE LAS INSTRUCCIONES Y DE LLENAR EL SIGUIENTE FORMULARIO. NO SE PUEDEN ACEPTAR FORMULARIOS INCOMPLETOS.

1 INFORMACIÓN DEL AFILIADO:

Nombre del afiliado (*con letra de imprenta*): _____

Fecha de nacimiento del afiliado: _____ Núm. de ID del afiliado: _____

2 YO DOY A Ambetter from NH Healthy Families PERMISO PARA USAR MI INFORMACIÓN DE SALUD CON EL PROPÓSITO IDENTIFICADO O PARA COMPARTIR MI INFORMACIÓN DE SALUD CON LA PERSONA O GRUPO MENCIONADO A CONTINUACIÓN. EL PROPÓSITO DE ESTA AUTORIZACIÓN ES (*marque una opción a continuación*):

- permitir que Ambetter from NH Healthy Families me ayude con mis beneficios y servicios, **O BIEN**
- permitir que Ambetter from NH Healthy Families use o comparta mi información de salud para _____

3 PERSONA O GRUPO QUE RECIBIRÁ LA INFORMACIÓN (*agregue más personas o grupos en la página siguiente*):

Nombre (persona o grupo): _____

Dirección postal: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: Teléfono: (_____) _____ - _____

4 YO AUTORIZO QUE Ambetter from NH Healthy Families USE O COMPARTA LA SIGUIENTE INFORMACIÓN DE SALUD (*NOTA: Seleccione la primera declaración para liberar TODA la información de salud o seleccione la declaración siguiente para liberar solo CIERTA información de salud. NO se pueden seleccionar ambas*).

- Toda mi información de salud INCLUYENDO:**
Información, servicios o resultados de pruebas de genética; datos y registros sobre VIH/SIDA; datos y registros de salud mental (pero no notas de psicoterapia); datos y registros sobre fármacos/medicamentos recetados; y datos y registros sobre el abuso de drogas y alcohol (favor de especificar cualquier información sobre trastornos por abuso de sustancias que pueda divulgarse);

O BIEN

- Toda mi información de salud EXCEPTO EXCEPT (*marque solo las casillas siguientes que correspondan*):**

- Información, servicios o pruebas de genética
- Datos y registros sobre VIH/SIDA
- Datos y registros sobre el abuso de drogas y alcohol
- Datos y registros de salud mental (pero no notas de psicoterapia)
- Datos y registros sobre fármacos/medicamentos recetados
- Otra: _____

5 ESTA AUTORIZACIÓN FINALIZA EN ESTA FECHA/ESTE CASO: _____

Fecha en la que la autorización caduca a menos que sea cancelada. Si este campo se deja en blanco, la autorización caduca un año después de la fecha en la que se firme al calce.

6 FIRMA DEL AFILIADO O DE SU REPRESENTANTE LEGAL: _____

FECHA: _____

EN CASO DE SER EL REPRESENTANTE LEGAL: Parentesco con el afiliado: _____

En caso de ser firmado por el representante legal o personal del afiliado, **debe enviarnos copias de los formularios pertinentes**, como un poder legal o designación como tutor legal.

ENVÍE POR CORREO EL FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN LLENO Y CUALQUIER DOCUMENTO DE APOYO A **Ambetter from NH Healthy Families, ATTN: Member Services (Servicios para los afiliados)**

PERSONA(S) O GRUPO(S) ADICIONAL(ES) QUE RECIBIRÁ(N) LA INFORMACIÓN:

NOTA: Si usted está dando su consentimiento para divulgar cualquier registro sobre trastornos por abuso de sustancias a un receptor que no es ni un tercero pagador ni un proveedor de atención médica, centro o programa donde reciba servicios de un proveedor tratante, como una bolsa de seguros médicos o una institución de investigación (de aquí en adelante, "entidad receptora"), deberá especificar el nombre de la persona o la entidad con la que reciba los servicios de parte de un proveedor tratante en la entidad receptora, o bien, simplemente declare que sus registros sobre trastornos por abuso de sustancias podrán divulgarse a sus proveedores tratantes actuales y futuros en esa entidad receptora.

Nombre (persona o entidad): _____

Dirección postal: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código _____ Teléfono) _____ -

Nombre (persona o entidad): _____

Dirección postal: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código _____ Teléfono) _____ -

Nombre (persona o entidad): _____

Dirección postal: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código _____ Teléfono) _____ -

Nombre (persona o entidad): _____

Dirección postal: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código _____ Teléfono) _____ -

Nombre (persona o entidad): _____

Dirección postal: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código _____ Teléfono) _____ -

Nombre (persona o entidad): _____

Dirección postal: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código _____ Teléfono) _____ -

Nombre (persona o entidad): _____

Dirección postal: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código _____ Teléfono) _____ -

Nombre (persona o entidad): _____

Dirección postal: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Teléfono) ____ - _____
