

Autorización para Usar y Divulgar Información Médica



Aviso para Miembros:

- Completar este formulario permitirá que Allwell de SilverSummit (i) use su información médica con un propósito en particular, y/o (ii) comparta su información médica con la persona o entidad que usted identifique en este formulario.
- No tiene la obligación de firmar este formulario ni de otorgar el permiso para usar o compartir su información médica. Sus servicios y beneficios a través de Allwell no cambiarán si usted no firma este formulario.
- Si desea cancelar este formulario de autorización, envíenos una solicitud escrita para revocarlo a la dirección que aparece en la parte inferior de esta página. Se le puede proporcionar un formulario de revocación si llama al departamento de servicios a miembros.
- Allwell no puede prometer que la persona o grupo con quien usted nos permite compartir su información médica no la compartirá con alguien más.
- Guarde una copia de todos los formularios completados que nos envíe. Podemos enviarle copias si las necesita.
- Llene este formulario con toda la información solicitada. Cuando haya finalizado, envíelo a la dirección que aparece en la parte inferior de la primera página.

INFORMACIÓN SOBRE MIEMBRO:

Nombre del Miembro (en letra de molde): _____

Fecha de Nacimiento del Miembro: _____ Número de Identificación del Miembro: _____

Otorgo a Allwell el permiso para usar mi información médica con el propósito identificado o para compartir mi información médica con la persona o grupo que se menciona a continuación. El propósito de la autorización es:

- permitir que Allwell me ayude con mis beneficios y servicios, o bien
- permitir que Allwell use o comparta mi información médica para _____.

PERSONA O GRUPO QUE RECIBIRÁ INFORMACIÓN (agregar Personas o Grupos adicionales en la página 2):

Nombre (persona o grupo): _____

Dirección: _____

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

AUTORIZO A ALLWELL DE MHS A USAR O COMPARTIR LA SIGUIENTE INFORMACIÓN MÉDICA:

- Toda mi información médica INCLUIDOS:** información, servicios o resultados de pruebas genéticas; datos y registros sobre el VIH/SIDA; datos y registros sobre salud mental (excepto notas de psicoterapia); datos y registros sobre medicamentos que requieren receta médica; y datos y registros sobre el consumo de drogas y alcohol (especifique cualquier información sobre trastornos por abuso de sustancias que pueda divulgarse: _____), **O BIEN**
- Toda mi información médica EXCEPTO (marque todas las casillas que correspondan):**
 - Información, servicios o pruebas genéticas
 - Datos y registros sobre el VIH o SIDA
 - Datos y registros sobre el consumo de drogas y alcohol
 - Datos y registros sobre salud mental (excepto notas de psicoterapia)
 - Datos y registros sobre medicamentos que requieren receta médica
 - Otra información: _____

Fecha en que Termina la Autorización: _____ / _____ / _____ (fecha en que finaliza la autorización, a menos que sea cancelada)

Firma del Miembro: _____ **Fecha:** _____ / _____ / _____

(Miembro o el Representante Legal deben firmar aquí)

Relación con el Miembro: _____

Si es el representante personal del Miembro, envíenos copias de los formularios correspondientes (como un poder legal o una orden de tutela).

PERSONA/S FÍSICA/S O ENTIDAD/ES ADICIONAL/ES QUE RECIBIRÁ/N INFORMACIÓN

NOTA: Si usted está otorgando su consentimiento para divulgar cualquier registro sobre trastornos por abuso de sustancias a un destinatario que no es un pagador externo ni un proveedor de atención de salud, centro o programa donde usted recibe servicios de parte de un proveedor tratante, como un mercado de seguros de salud o una institución de investigación (de aquí en adelante, "entidad destinataria"), usted debe especificar el nombre de una persona con quien, o la entidad donde, usted recibe servicios de parte de un proveedor tratante de esa entidad destinataria, o bien simplemente debe indicar que sus registros sobre trastornos por abuso de sustancias pueden divulgarse a sus proveedores tratantes actuales y futuros de esa entidad destinataria.

Nombre (persona o entidad): _____

Dirección: _____

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

Nombre (persona o entidad): _____

Dirección: _____

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

Nombre (persona o entidad): _____

Dirección: _____

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

Nombre (persona o entidad): _____

Dirección: _____

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

Nombre (persona o entidad): _____

Dirección: _____

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

Nombre (persona o entidad): _____

Dirección: _____

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

Nombre (persona o entidad): _____

Dirección: _____

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

Nombre (persona o entidad): _____

Dirección: _____

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

Allwell cumple con las leyes federales aplicables sobre derechos civiles y no discrimina por cuestiones de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad ni sexo. Allwell no excluye a las personas ni las trata de manera diferente por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-833-854-4766 (HMO and PPO) (TTY: 711).

注意：如果您說中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電1-833-854-4766 (HMO/PPO) (TTY: 711).