

# Autorización para Divulgar la Información Protegida sobre la Salud



## Instrucciones

Sabemos que es posible que usted desee que nosotros nos comuniquemos con otras personas o entidades respecto a su atención médica. Cierta información sobre su salud está protegida por las leyes estatales y federales con el fin de proteger su privacidad. Por lo tanto, no podemos dar a conocer la información protegida sobre su salud sin su autorización por escrito.

Si usted desea permitir que una persona o entidad legal tenga acceso a la información protegida sobre su salud (por ejemplo, las transacciones de reclamación del plan FSA o HRA), por favor llene el formulario que aparece al reverso utilizando los siguientes lineamientos:

- **Miembro** es el nombre de la persona específica cuya información protegida sobre la salud será divulgada.
- **ID de miembro de PacificSource Administrators (PSA):** El miembro debió recibir una carta con este número de ID cuando se inscribió. Llame al departamento de Servicio al Cliente si necesita ayuda para averiguar esta información.
- **Empleador** es el nombre de su empleador actual.
- **"Destinatario o clase de destinatarios"** significa el nombre y la dirección de la(s) persona(s) que usted autoriza para que tenga(n) acceso a la información protegida sobre su salud.
- **Información relacionada con pruebas de VIH/SIDA, salud mental, pruebas genéticas o tratamiento para drogas/alcohol:** Si la información sobre su salud incluye cualquiera de estas categorías, es necesario que anote sus iniciales en el formulario para autorizar su uso o divulgación.
- **Fecha de expiración** es la fecha en la que usted desea que termine la autorización. Después de dicha fecha, ya no tendremos permiso de utilizar o divulgar la información protegida sobre su salud.
- **Evento:** En vez de una fecha de expiración, usted puede indicar un evento después del cual ya no desea que tengamos permiso de divulgar la información protegida sobre su salud.
- **Firma/relación con el miembro:** La persona cuya información protegida sobre la salud será divulgada debe firmar el formulario para que la autorización sea válida. Si la persona es menor de edad, sus padres o tutores legales pueden firmar en su representación. Si la persona no puede firmar por sí misma, alguien que esté autorizado mediante una carta poder puede firmar en su representación. En el caso de los tutores legales y los apoderados, es necesario adjuntar la documentación legal correspondiente.

Una vez que haya llenado el formulario, envíelo por email, fax o correo:

**Email:** [PSACustomerService@PacificSource.com](mailto:PSACustomerService@PacificSource.com)

**Fax:** 800-575-1109

**Correo postal:** PacificSource Administrators, Inc.  
Attn: Customer Service  
PO Box 70168  
Springfield, OR 97475

Nos tomamos muy en serio la protección de la información personal sobre la salud de todos nuestros miembros. Agradecemos su cooperación y asistencia al ayudarnos a cumplir con los reglamentos estatales y federales.

Si usted tiene alguna duda o inquietud, por favor llame a nuestro departamento de Servicio al Cliente al **800-422-7038**, TTY: 711 (aceptamos llamadas del servicio de retransmisión) o envíe un email a [PSACustomerService@PacificSource.com](mailto:PSACustomerService@PacificSource.com).

**Es necesario llenar todos los campos del formulario para que sea válido.**

Miembro \_\_\_\_\_ ID de miembro de PSA \_\_\_\_\_

Empleador \_\_\_\_\_

Autorizo a (persona/entidad que divulga la información) PacificSource Administrators, Inc., para que utilice y divulgue una copia de la información protegida sobre mi salud a (nombre y dirección del destinatario o clase de destinatarios)

\_\_\_\_\_ con el propósito de (descripción de cada propósito de uso/divulgación; por ejemplo: para cualquier consulta relacionada con las transacciones de reclamación del plan FSA o HRA)

La información protegida sobre mi salud incluye registros médicos, registros de cuidados urgentes y de emergencia, estados de cuenta, reportes de diagnóstico por imágenes, transcripciones de reportes de hospital, notas de expedientes clínicos, reportes de laboratorio, registros dentales, reportes de patología, registros de terapia física, registros de hospital (incluyendo reportes de enfermería e informes de evolución) y cualquier otra información médica o personal relacionada con los propósitos de esta autorización. La información obtenida a través de esta autorización se utilizará únicamente para los propósitos anteriormente definidos y se limitará al mínimo necesario para lograr dichos propósitos.

En caso de que la información a divulgar contenga cualquiera de los tipos de registros o información que aparecen inmediatamente a continuación, es posible que apliquen leyes adicionales sobre el uso y la divulgación de la información. Entiendo y estoy de acuerdo en que dicha información será divulgada si anoto mis iniciales en el espacio aplicable junto al tipo de información que se incluirá con la divulgación:

\_\_\_\_\_ Información sobre las pruebas o resultados del VIH/SIDA y registros relacionados

\_\_\_\_\_ Información de salud mental

\_\_\_\_\_ Información sobre pruebas genéticas

\_\_\_\_\_ Diagnósticos sobre el uso de drogas o alcohol, tratamientos o información sobre referencias

Entiendo que tengo el derecho de negarme a firmar esta autorización. Si me niego a firmar la autorización, esto no afectará mi inscripción en el plan de salud ni mi elegibilidad para recibir los beneficios de salud, a menos de que la información sujeta a la autorización sea necesaria para determinar si soy elegible para inscribirme en el plan de salud.

Tengo el derecho de cancelar esta autorización por escrito en cualquier momento. Si cancelo esta autorización, la información anteriormente descrita ya no será divulgada por los motivos cubiertos en esta autorización escrita. La información que ya haya sido utilizada o divulgada con mi permiso no podrá ser retirada. Para cancelar esta autorización, enviaré una carta indicando que estoy cancelando esta autorización a: Customer Service, PacificSource Administrators, PO Box 70168, Springfield, OR 97475.

Comprendo que la información divulgada o utilizada conforme a esta autorización pudiera estar sujeta a una divulgación posterior que pudiera no estar protegida por las leyes federales. **A menos de que sea cancelada, esta autorización estará vigente hasta:**

Fecha de expiración \_\_\_\_\_ ó Evento \_\_\_\_\_,

en cuyo momento ya no será válida esta autorización para divulgar la información protegida sobre su salud. Ni la fecha especificada ni la fecha del evento deberán exceder de un periodo de 24 meses.

**He leído esta autorización y comprendo su información.**

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Relación con el miembro    Yo mismo    Padre/madre    Tutor legal\*    Apoderado\*

\*Si usted es el tutor legal o apoderado, por favor adjunte la documentación legal correspondiente.

Puede enviarnos el formulario lleno por fax (**800-575-1109**), email ([PSACustomerService@PacificSource.com](mailto:PSACustomerService@PacificSource.com)) o correo postal: PacificSource Administrators, Attn: Customer Service, PO Box 70168, Springfield, OR 97475.