

# Autorización para Divulgar la Información Protegida sobre la Salud

## Instrucciones

Sabemos que en ocasiones es posible que usted desee que nosotros nos comuniquemos con otras personas o entidades acerca de 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** se refiere a la persona específica cuya información protegida sobre la salud será divulgada.
- **ID del Miembro:** El miembro debió recibir una carta indicando este número de ID cuando se inscribió. Usted puede llamar 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”** se refiere al nombre y la dirección de la(s) persona(s) que usted autoriza para que tenga(n) acceso a la información protegida sobre su salud.
- **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, una persona que esté autorizada 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 fax al (800) 575-1109 o por correo a 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 teléfono gratuito (800) 422-7038.



# Autorización para Divulgar la Información Protegida sobre la Salud

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

Miembro \_\_\_\_\_ ID del Miembro \_\_\_\_\_

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 médico, 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.

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, envíe una carta indicando su deseo de cancelar 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 (marque una opción):**

Fecha de Expiración \_\_\_\_\_ o Evento \_\_\_\_\_,

En dicho 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.*

Por favor llene el formulario y envíelo por fax al (800) 575-1109 o por correo a PacificSource Administrators, Attn: Customer Service, PO Box 70168, Springfield, OR 97475.