



INSTRUCCIONES PARA COMPLETAR EL FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN

Entendemos que a usted le gustaría comunicarse con otras personas sobre su atención médica. Como probablemente sabe, cierta información relacionada con su salud está protegida por leyes estatales y federales con el fin de ayudar a garantizar su privacidad. Por lo tanto, no podemos utilizar ni divulgar su información de salud protegida sin su autorización escrita.

Si usted desea conceder a una persona u organización legal permiso para acceder a su información de salud protegida, complete el formulario adjunto, nuestra Autorización para usar o divulgar información de salud protegida.

Las siguientes pautas le ayudarán a completar el formulario en forma correcta.

- Para que la autorización sea válida, **todos los campos se deben completar**.
- El **nombre del miembro** es el nombre de la persona específica cuya información de salud protegida se va a divulgar.
- El **nombre de grupo**, el **número de identificación** y el **número de grupo** se muestran en su tarjeta de membresía.
- **“Receptor o clase de receptores”** significa simplemente el nombre y dirección de la persona o personas que usted quiere que tengan acceso a su información de salud protegida.
- Información relacionada con **pruebas de VIH y sida, salud mental, pruebas genéticas o tratamiento de drogadicción o alcoholismo**. Si su información de salud incluye cualquiera de estas categorías, se requieren sus iniciales en el formulario para autorizar su uso o divulgación.
- **Fecha de vencimiento** es la fecha en que usted quiere que termine su autorización. Después de esa fecha, no tenemos permiso para usar o divulgar su información de salud protegida.
- **Suceso**: En vez de una fecha de vencimiento, usted puede especificar un evento después del cual nosotros no tenemos su permiso de usar o divulgar su información de salud protegida.
- **Firma**: La persona cuya información de salud protegida se va a divulgar debe firmar el formulario con el fin de que la autorización sea válida. Si la persona es un menor de edad, su padre, madre o tutor legal puede firmar por él. Si la persona es incapaz de firmar por sí misma, alguien con su Poder Notarial (“Power of Attorney”) puede firmar en su lugar. En caso de tutores legales y apoderado legal (“Power of Attorney”), se debe adjuntar la documentación legal.
- Cuando el formulario esté completo, puede enviarlo por fax al (541) 225-3631 o por correo electrónico a: **PacificSource Health Plans, Attn: Legal and Compliance, PO Box 7068, Springfield OR 97475**.

La protección de la información personal de salud de todos nuestros miembros es un asunto muy serio para nosotros. Agradecemos su cooperación y asistencia para ayudarnos a cumplir con las reglamentaciones estatales y federales.

Si tiene preguntas o inquietudes, lo invitamos a contactar a nuestro Departamento de Atención al Cliente al (844) 520-5347, o por correo electrónico a LegacyEHP@pacificsource.com.

**AUTORIZACIÓN PARA
USAR/REVELAR
INFORMACIÓN DE SALUD
PROTEJIDA**



Para que sean válidos, todos los campos deben estar completos y el miembro debe recibir una copia del formulario lleno.

Nombre del miembro: _____ N°. de identificación del miembro: _____

Nombre de Grupo: _____ N°. de grupo: _____

Yo, (persona u organización que divulga la información) autoricé a PacificSource Health Plans para usar y divulgar una copia de mi información de salud protegida (nombre y dirección del receptor o clase de receptores).

_____ con el fin de (describa cada uno de los propósitos o fines de uso o divulgación):

Mi información de salud protegida incluye registros médicos, registros de atención de urgencia y emergencia, facturas, informes de imagenología diagnóstica, transcripción de registros hospitalarios, notas y gráficas del consultorio médico, informes de laboratorio, registros dentales, informes de patología, registros de fisioterapia, registros hospitalarios (incluidos registros de enfermería y notas de evolución) y cualquier información personal o médica relacionada con el propósito de esta autorización. La información obtenida con esta autorización será usada únicamente para el propósito definido anteriormente y estará limitada a la información mínima necesaria para conseguir ese propósito.

Si la información que va a ser divulgada contiene alguno de los tipos de registros o información listada a continuación, podrían aplicar leyes adicionales relacionadas con el uso o divulgación de la información. Entiendo y acepto que dicha información sea divulgada si coloco mis iniciales en el espacio junto al tipo de información que se va a incluir con la divulgación:

- _____ Pruebas de VIH/SIDA o información de resultados y registros relacionados
- _____ Información de salud mental
- _____ Información de pruebas genéticas
- _____ Diagnóstico, tratamiento o información de remisión de drogadicción o alcoholismo.

Entiendo que tengo el derecho de rehusarme a firmar esta autorización. Mi negación a firmar esta autorización no afectará mi inscripción en un plan de salud ni mi elegibilidad para beneficios de salud, a menos que la información autorizada sea necesaria para determinar si soy elegible para inscribirme en el plan de salud.

Tengo el derecho de revocar esta autorización por escrito en cualquier momento. Si revoco la autorización, *la información descrita anteriormente no podrá ser usada o divulgada para las razones cubiertas por esta autorización escrita. Cualquier uso o divulgación que ya se haya hecho con mi permiso no puede retirarse.* Para revocar esta autorización, envíe una notificación por escrito de que usted está revocando esta autorización a nuestro Compliance Department en PacificSource Health Plans, PO Box 7068, Springfield, OR 97475.

Entiendo que la información usada o divulgada por medio de esta autorización puede ser sometida a redivulgación y ya no estará protegida por las leyes federales. Sin embargo, también entiendo que las leyes federales o estatales pueden restringir la divulgación de información de resultados o pruebas de VIH o SIDA, información de salud mental, información genética e información de diagnóstico, tratamiento o remisión por drogadicción o alcoholismo. **A menos que sea revocada, esta autorización estará vigente hasta (marque uno):**

Fecha de vencimiento: _____ O Suceso: _____

En ese momento deja de estar vigente esta autorización para usar o divulgar la información de salud protegida. Ni la fecha especificada ni el suceso deben exceder un periodo de 24 meses.

He revisado y comprendido esta autorización.

Firma: _____ Fecha: _____

Parentesco o relación con el afiliado: Actúa por sí mismo Madre o Padre Tutor legal* Poder notarial ("Power of Attorney")*

*Adjunte documentación legal correspondiente si usted es el tutor legal o tiene un poder notarial ("power of attorney").