

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA

Este documento no es un Poder Duradero para Tomar Decisiones sobre Atención de la Salud.

Esta autorización es voluntaria. La información que tú nos autorices a divulgar puede estar sujeta a otra divulgación por parte de quien la reciba, y si la persona u organización autorizada a recibirla no es un plan de salud o un proveedor de atención de la salud, es posible que la información deje de estar protegida por las normas de privacidad federales.

Tienes el derecho de revocar cualquier autorización escrita, a excepción de aquello que hayamos realizado en virtud de esta autorización; para ello, escríbenos a Health Plan of Nevada, Inc., Attn. Member Services Department, P. O. Box 15645, Las Vegas, NV 89114-5645. No podemos condicionar el tratamiento que recibas, el pago, la inscripción o el derecho a prestaciones, a la cumplimentación de esta autorización.

DEBEN COMPLETARSE TODOS LOS CAMPOS. Mira las instrucciones en el reverso.

1. **Nombre del Miembro** (un miembro por formulario): _____
(Letra de imprenta)

2. **Número de Miembro:** _____

3. **Autorizo a Health Plan of Nevada, Inc. (HPN), en nombre de sí misma y de sus compañías afiliadas, a divulgar mi información de salud protegida, indicada en el punto 4 más abajo, a la siguiente persona u organización:**

Nombre de la persona o entidad: _____

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Teléfono _____ Fax _____

4. **Autorizo a HPN a que, en su nombre y en el de compañías afiliadas, divulgue:**

Información sobre elegibilidad, beneficios, adjudicación de reclamos, estado de una autorización previa y asignación de médico de atención primaria **Y/O**

La siguiente información específica*:

***Para divulgar información acerca de un diagnóstico o tratamiento por abuso de sustancias debe completarse el Consentimiento para la Divulgación de Información de Salud Confidencial, de conformidad con el C.F.R. 42, Parte 2 Confidencialidad de los Registros Médicos Relacionados con el Abuso de Alcohol y de Drogas.**

5. **Objetivo de la divulgación:** Comprendo que la información indicada en el punto 4 anterior se divulga a mi solicitud.

6. **Esta autorización permanecerá en vigencia desde la fecha en la que se firma más abajo hasta** (marcar solo una opción):

Fecha de la cancelación de mi inscripción en el plan de salud

Un año desde la fecha en que se firma esta autorización

Fecha de vencimiento específica (MM/DD/AAAA): _____

Cuando ocurra alguno de los siguientes eventos: _____

7. **Firma del Miembro:** _____ **Fecha:** _____

Firma del Representante Personal: _____ Fecha: _____

(Si el miembro es menor de edad y no se divulga información de salud delicada, o si el miembro está legalmente incapacitado)

Nombre en letra de imprenta _____ Relación con el Miembro _____

Autoridad legal: _____

Debe adjuntarse documentación que demuestre la autoridad legal del representante personal para actuar.

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA

HOJA DE INSTRUCCIONES

Los números en esta hoja de instrucciones corresponden directamente a los del formulario de autorización (es decir, en el número 1 de esta hoja se brindan instrucciones sobre cómo completar la línea 1. del formulario de autorización).

- #1 Escribe en letra de imprenta legible tu nombre completo (primer nombre, segundo nombre, apellido). Ingresar solo un nombre de miembro por formulario.
- #2 Escribe tu número de identificación de 11 dígitos (en tu tarjeta de identificación del plan de salud puede llamarse número de miembro o número de identificación médica). Ingresar solo un número de miembro por formulario.
- #3 Escribe el nombre de la persona u organización a quien nos autorizas a divulgarle esta información. Incluye el nombre completo (es decir, primer nombre, apellido) y la dirección de la persona u organización y escríbelo en letra de imprenta legible.
- #4 Debes especificar qué información deseas que HPN divulgue. Puedes marcar la primera casilla para información relacionada con la elegibilidad, los beneficios, la adjudicación de reclamos, el estado de una autorización previa y la asignación del médico de atención primaria **Y/O** puedes indicar otra información que deseas que se divulgue marcando la segunda casilla y escribiendo la información específica en el espacio proporcionado. Puedes elegir una o ambas opciones.
La información relativa al diagnóstico o tratamiento por abuso de sustancias está protegida por las normas federales de la confidencialidad (C.F.R., 42 Parte 2). Para divulgar tal información debe completarse el Consentimiento para la Divulgación de Información de Salud Confidencial de conformidad con C.F.R. 42, Parte 2 - Confidencialidad de los Registros Médicos Relacionados con el Abuso de Alcohol y de Drogas.
- #5 Al firmar esta autorización, certificas que comprendes que esta información se divulga a tu solicitud.
- #6 Tú decides durante cuánto tiempo la autorización permanece en vigencia. Por favor, selecciona *solo* una sola opción. Si eliges una fecha de vencimiento específica o un acontecimiento determinado, debes incluir otros detalles, como la fecha específica (p. ej., 31 de diciembre de 2008 o 1 de enero de 2999) o el acontecimiento determinado (p. ej., hasta que me den el alta de mi estadía como paciente hospitalizado en Valley Hospital). **Los siguientes son ejemplos de fechas de vencimiento no aceptables: "Sin fecha de vencimiento", "Para siempre" o "Plazo infinito".**
- #7 Debe incluirse la firma del miembro individual y la fecha. Si un representante personal del miembro firma el formulario de autorización, dicho representante deberá proporcionar la documentación legal que demuestre que está autorizado a actuar en nombre del miembro.

*****RECUERDA CONSERVAR LA COPIA AMARILLA*****

DEBEN COMPLETARSE TODOS LOS CAMPOS. Los formularios de autorización incompletos no son válidos y no serán aceptados. Si necesitas más ayuda para completar el formulario o si tienes alguna pregunta, llama al Departamento de Servicios a los Miembros. El número de teléfono del Departamento de Servicios a los Miembros aparece en la parte de atrás de tu tarjeta de identificación del plan de salud.