

Autorización para la divulgación de información de salud



Lea con atención las instrucciones antes de completar este formulario.

Cuándo utilizar este formulario

Complete este formulario si usted le solicita a Blue Cross que divulgue información suya a otra persona o entidad.

Es posible que los padres o tutores legales deban firmar en nombre de un menor, a menos que una ley estatal le permita al menor dar su consentimiento para el tratamiento. En ese caso, el menor debe firmar la autorización.

Cómo completar este formulario

Sección 1:

- ◆ Complete con el nombre, la dirección, la identificación de miembro y la fecha de nacimiento de la persona sobre la que se divulgará información.
- ◆ Proporcione el rango de fecha de los registros que se divulgarán. Los espacios donde dice "Del" y "Al" deben completarse como fechas (mmddaaaa). Debe escribirse una fecha real en los campos de "Del" y "Al". Por ejemplo: del "07/01/2018 al 12/31/2018".

Nota: Si las fechas de "Del" y "Al" están en blanco, se considera que el formulario es válido para todas las fechas de servicios que aparecen en los registros del miembro.

Secciones 2 y 3:

- ◆ Marque las casillas para identificar el(los) tipo(s) de información que desea que divulguemos.
- ◆ Debe incluir la razón por la cual usted desea que se divulgue la información. Por ejemplo, necesito ayuda para comprender mis reclamos.

Sección 4:

- ◆ Complete con el nombre y la dirección de la persona, la organización o el proveedor que usted autoriza para recibir el tipo de información de salud que indica en este formulario.

Sección 5:

Este formulario debe ser completado y firmado por una de las siguientes personas:

- ◆ La persona cuya información se divulgará.
- ◆ El padre o tutor legal del menor cuya información se divulgará, con excepción de lo que se indica anteriormente.
- ◆ O el representante personal de la persona cuya información se divulgará (p. ej., representante legal, custodio, albacea).

Nota: Si no se ha indicado la fecha de vencimiento o el evento específico, esta autorización no tendrá validez después de que pase un año desde la fecha en que se firmó este formulario.

Envíe este formulario completo a la siguiente dirección:

Blue Cross and Blue Shield of Minnesota
P.O. Box 982803
El Paso, TX 79998-2803
Fax: 651-662-7933
Email: Incoming.Service.Center@bluecrossmn.com

Autorización para la divulgación de información de salud

Este formulario se utiliza para autorizar a Blue Cross a divulgar información de salud protegida a otra persona o entidad.



Sección 1 La persona cuya información puede divulgarse:

Nombre del miembro/paciente	Apellido del miembro/paciente	Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa) del miembro/paciente
-----------------------------	-------------------------------	---

Dirección 1 del miembro/paciente

Dirección 2 del miembro/paciente

Ciudad del miembro/paciente	Estado del miembro/paciente	Código postal del miembro/paciente
-----------------------------	-----------------------------	------------------------------------

Número de identificación del miembro/paciente	Teléfono
---	----------

La información autorizada para ser divulgada abarca los siguientes períodos. Si las fechas de "Del" y "Al" están en blanco, se considera que el formulario es válido para todas las fechas de servicios que aparecen en los registros del miembro.

Del (mm/dd/aaaa)	Al (mm/dd/aaaa)
Del (mm/dd/aaaa)	Al (mm/dd/aaaa)

- Sección 2**
- Marque si esta autorización tiene como fin divulgar información del programa de dependencia de sustancias químicas.
 - Marque si esta autorización tiene como fin divulgar información de notas de psicoterapia.

- Sección 3** Información a divulgar (marque solo la opción que corresponda): Conjunto de registros designados: (marque solo la opción que corresponda)
- Información de inscripción
 - Información de reclamos
 - Información de apelaciones
 - Información sobre atención/administración de casos
 - Todo tipo de información de salud (incluido cualquier registro médico que podamos tener)
 - Información de facturación
 - Solo información de salud relacionada con las siguientes afecciones: _____
 - Otro _____

¿Cuál es el motivo de esta divulgación? _____

Blue Cross® and Blue Shield® of Minnesota and Blue Plus® are nonprofit independent licensees of the Blue Cross and Blue Shield Association

Sección 4 Se divulgará esta información a:

Persona, organización o proveedor

(incluya la dirección si la información se envía por correo)

Sección 5

Comprendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento con un aviso por escrito de mi revocación a Blue Cross and Blue Shield of Minnesota y Blue Plus. Comprendo que el hecho de revocar esta autorización no tendrá efectos sobre ninguna acción que el emisor haya tomado de conformidad con esta autorización antes de recibir mi aviso por escrito de revocación. También comprendo que, sin mi autorización por escrito, el emisor no podrá usar ni divulgar mi información de salud por cualquier motivo excepto aquellos descritos en el Aviso de políticas y prácticas de privacidad del emisor. Esta autorización finalizará un año después de la fecha en que se firme este formulario a menos que yo indique una fecha o un evento anterior a continuación:

Fecha de vencimiento (mm/dd/aaaa) o evento específico

Comprendo que la autorización para divulgar esta información de salud es voluntaria y que puedo negarme a firmar esta autorización.

Entiendo que, si las personas u organizaciones que autorizo a recibir o utilizar la información de salud protegida descrita anteriormente no son planes de salud, proveedores de atención médica cubiertos o centros de información sobre atención médica sujetos a las leyes federales de privacidad de la información de salud, podrán divulgar la información de salud protegida y es posible que ya no estén protegidos por las leyes federales de privacidad de la información de salud.

Por medio de la presente, el emisor, sus subsidiarias, afiliadas, empleados, funcionarios y médicos quedan exentos de toda responsabilidad u obligación legal por la divulgación de la información mencionada anteriormente en la medida en que se indique y autorice en la presente.

Firme solo **una** de las siguientes opciones:

Firma: (Miembro/Paciente)	O	Firma: (Representante personal)
Fecha (mm/dd/aaaa)		Fecha (mm/dd/aaaa)

(Incluya un(a) descripción/documento que indique las facultades del representante para actuar en nombre del paciente)

Envíe el formulario completo por correo postal a la siguiente dirección: Blue Cross and Blue Shield of Minnesota
P.O. Box 982803
El Paso, TX 79998-2803

Este formulario también puede enviarse por fax al (651) 662-7933 o por correo electrónico a Incoming.Service.Center@bluecrossmn.com