

## AUTORIZACIÓN PARA EL USO O DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD

Si tiene alguna pregunta, llame a Servicios para Miembros al 916.563.2250, 888.563.2250 (número gratis) o al 888.877.5378 TDD/TTY.

### A. Use este formulario para autorizar a Western Health Advantage ("WHA") a usar o divulgar su información de salud a otra persona u organización.

#### 1. Persona (el "Miembro") cuya información se divulgará

Nombre del miembro y dirección: \_\_\_\_\_

Número de ID del Miembro: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

#### 2. Persona (el "Receptor") autorizado a recibir información del Miembro

Nombre del Receptor: \_\_\_\_\_

Dirección del Receptor: \_\_\_\_\_

Relación del Receptor con el Miembro: \_\_\_\_\_

#### 3. Información que se puede divulgar al Receptor

marque uno:  Cualquier información que mantiene WHA. Esto puede incluir información relacionada con la atención médica del Miembro, diagnósticos, proveedores, reclamaciones/pagos de seguros o beneficios, y/o información financiera/de facturación. Esto no incluye Información confidencial, a menos que específicamente se apruebe más adelante.

Solo la siguiente información, o tipos de información, que mantenga WHA (marque todo lo que corresponda):

Estado de reclamaciones  Estado de autorización  Estado de derivación  Otro \_\_\_\_\_

#### 4. ¿El Receptor está autorizado para recibir información confidencial tal como se describe a continuación?

marque uno:  NO – PASE A LA SECCIÓN 5

SÍ – SELECCIONE UNO (a o b) DE LOS SIGUIENTES:

Autorizo específicamente el Receptor a que reciba:

a.  Notas de psicoterapia: Si marca esta casilla, no puede marcar ninguna de las otras casillas de la sección b. a continuación. Una autorización para la divulgación de notas de psicoterapia no puede combinarse con una autorización para la divulgación de cualquier otro tipo de información. PASE A LA SECCIÓN 5.

b.  Complete esta sección SOLO SI no marca la casilla 4(a) anterior y desea autorizar la divulgación de cualquiera de los siguientes tipos de Información confidencial\* (marque todo lo que corresponda):

Toda la información confidencial   Aborto  Abuso de alcohol/sustancias\*\*  Información genética  
 VIH/SIDA  Salud mental  Embarazo  
 Abuso sexual, físico o mental  Enfermedad de transmisión sexual

\*Nota para los padres/tutores legales de personas de 12 años de edad o mayores: Es posible que no pueda obtener o autorizar el uso o divulgación de ciertos tipos de Información confidencial sobre el menor sin la propia autorización por escrito del menor. Esto puede incluir los tipos de Información confidencial indicada anteriormente, así como información sobre enfermedades infecciosas, violación/ataque sexual y cierta asesoría/tratamiento ambulatorio de salud mental. Si la persona tiene 17 años de edad o más, la divulgación de información relacionada con violencia doméstica y las donaciones de sangre también requiere la autorización del menor.

\*\*Para receptores de información de abuso de sustancias: Esta información ha sido divulgada a usted de expedientes protegidos por las Reglas Federales de Confidencialidad de Expedientes sobre Alcoholismo o Abuso de Drogas (42 PPC parte 2). Las Reglas Federales prohíben la divulgación posterior de esta información, a menos que la divulgación posterior esté expresamente permitida con el consentimiento escrito de la persona a quien pertenece, o según lo permitido por la 42 CFR parte 2. Una autorización general para la divulgación de información médica o de otro tipo de información no es suficiente para este propósito.

**5. Motivo de esta autorización**

marque uno:  La información es acerca de mí y se utilizará o revelará a petición mía.

Otros (especificar): \_\_\_\_\_

**B. Expiración y revocación**

Esta autorización se mantendrá vigente por un año desde la fecha de su firma abajo, **A MENOS** que aquí se especifique una fecha diferente: Mes \_\_\_\_\_ Día \_\_\_\_\_ Año \_\_\_\_\_

Usted tiene el derecho de revocar esta autorización en cualquier momento notificando a WHA por escrito. La revocación de esta autorización no afectará la información que usamos o divulgamos antes de la recepción de su solicitud de revocación. Si esta autorización está otorgada por un padre o tutor legal en nombre de un menor de edad, expirará en el décimo octavo cumpleaños del menor.

**C. Firma**

He leído este formulario y entiendo y acepto sus términos. Solicito a WHA que utilice o divulgue la información al Receptor como se indicó anteriormente. Entiendo que una vez que se divulgue mi información, el Receptor podría divulgarla y tal vez ya no esté protegida por las leyes de privacidad, incluida la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996. También entiendo que firmo este formulario por mi propia voluntad.

Entiendo que WHA no puede condicionar el pago, la inscripción en un plan de salud o la elegibilidad para beneficios basándose en si firmo o no esta autorización. Tengo derecho a una copia de este formulario.

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

Nombre en letra de imprenta \_\_\_\_\_

**D. Representantes o tutores personales o legales**

Si este formulario está firmado por alguien que no sea el Miembro o el padre de un menor de edad, como un representante personal/legal, tutor o albacea, **también debe presentar la documentación legal** que comprueba su autoridad para actuar en nombre del Miembro (o la herencia del Miembro) para autorizar el uso o la divulgación de información de salud del miembro. Dicha documentación puede incluir, por ejemplo: 1) Poder legal duradero para atención médica; 2) documentación vigente y válida de la tutela ordenada por el tribunal; o 3) otra documentación legal válida que compruebe su autoridad para actuar en nombre del Miembro (o la herencia del Miembro).

**Además, complete lo siguiente:**

Nombre del representante (letra de imprenta): \_\_\_\_\_

Relación con el Miembro: \_\_\_\_\_

Tipo de documentación presentada: \_\_\_\_\_

**Guarde una copia de esta Autorización para sus registros.**

**Envíe el formulario completo a:** Western Health Advantage, Attn: Member Services  
2349 Gateway Oaks, Suite 100, Sacramento, CA 95833

**Fax seguro:** 916.563.0126

**Correo electrónico seguro:** [mywha.org/securemessage](https://mywha.org/securemessage) – seleccione un mensaje a: Servicios para Miembros

**Formulario en línea en:** [mywha.org/privacy](https://mywha.org/privacy)

**¿Tiene preguntas? Llame al:** 916.563.2250 | 888.563.2250 (número gratis) | 888.877.5378 TDD/TTY

FOR INTERNAL USE ONLY \_\_\_\_\_ Initials: \_\_\_\_\_ Date Entered: \_\_\_\_\_

---

Western Health Advantage cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

Western Health Advantage no excluye a las personas ni las trata de forma diferente debido a su origen étnico, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

Western Health Advantage:

Proporciona asistencia y servicios gratuitos a las personas con discapacidades para que se comuniquen de manera eficaz con nosotros, como los siguientes:

- Intérpretes de lenguaje de señas capacitados.
- Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos).

Proporciona servicios lingüísticos gratuitos a personas cuya lengua materna no es el inglés, como los siguientes:

- Intérpretes capacitados.
- Información escrita en otros idiomas.

Si necesita recibir estos servicios, comuníquese con Member Services Manager.

Si considera que Western Health Advantage no le proporcionó estos servicios o lo discriminó de otra manera por motivos de origen étnico, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar un reclamo a la siguiente persona: Member Services Manager, 2349 Gateway Oaks Drive, Suite 100, Sacramento, CA 95833, 888.563.2250 o 916.563.2250, o al TTY 888.877.5378, 916.568.0126 (fax), memberservices@westernhealth.com. Puede presentar el reclamo en persona o por correo postal, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para hacerlo, Member Services Manager está a su disposición para brindársela.

También puede presentar un reclamo de derechos civiles ante la Office for Civil Rights (Oficina de Derechos Civiles) del Department of Health and Human Services (Departamento de Salud y Servicios Humanos) de EE. UU. de manera electrónica a través de Office for Civil Rights Complaint Portal, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o bien, por correo postal a la siguiente dirección o por teléfono a los números que figuran a continuación:

U.S. Department of Health and Human Services  
200 Independence Avenue, SW  
Room 509F, HHH Building  
Washington, D.C. 20201  
800.368.1019 o al TDD 800.537.7697 TDD

Puede obtener los formularios de reclamo en el sitio web <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

---

#### **ENGLISH**

If you, or someone you're helping, have questions about Western Health Advantage, you have the right to get help and information in your language at no cost. To talk to an interpreter, call 888.563.2250 or TTY 888.877.5378.

#### **SPANISH**

Si usted, o alguien a quien usted está ayudando, tiene preguntas acerca de Western Health Advantage, tiene derecho a obtener ayuda e información en su idioma sin costo alguno. Para hablar con un intérprete, llame al 888.563.2250, o al TTY 888.877.5378 si tiene dificultades auditivas.

#### **CHINESE**

如果您，或是您正在協助的對象，有關於Western Health Advantage方面的問題，您有權利免費以您的母語得到幫助和訊息。洽詢一位翻譯員，請撥電話888.563.2250或聽障人士專線(TTY) 888.877.5378。

#### **VIETNAMESE**

Nếu quý vị, hay người mà quý vị đang giúp đỡ, có câu hỏi về Western Health Advantage, quý vị sẽ có quyền được giúp và có thêm thông tin bằng ngôn ngữ của mình miễn phí. Để nói chuyện với một thông dịch viên, xin gọi số 888.563.2250, hoặc gọi đường dây TTY dành cho người khiếm thính tại số 888.877.5378.

#### **TAGALOG**

Kung ikaw, o ang iyong tinutulungan, ay may mga katanungan tungkol sa Western Health Advantage, may karapatan ka na makakuha ng tulong at impormasyon sa iyong wika ng walang gastos. Upang makausap ang isang tagasalin, tumawag sa 888.563.2250 o TTY para sa may kapansanan sa pandinig sa 888.877.5378.

**KOREAN**

만약 귀하 또는 귀하가 돕고 있는 어떤 사람이 Western Health Advantage에 관해서 질문이 있다면 귀하는 그러한 도움과 정보를 귀하의 언어로 비용 부담 없이 얻을 수 있는 권리가 있습니다. 그렇게 통역사와 얘기하기 위해서는 888.563.2250이나 청각 장애인용 TTY 888.877.5378로 연락하십시오.

**ARMENIAN**

Եթե Դուք կամ Ձեր կողմից օգնություն ստացող անձը հարցեր ունի Western Health Advantage-ի մասին, Դուք իրավունք ունեք անվճար օգնություն և տեղեկություններ ստանալու Ձեր նախընտրած լեզվով: Թարգմանչի հետ խոսելու համար զանգահարե՛ք 888.563.2250 համարով կամ TTY 888.877.5378՝ լսողության հետ խնդիրներ ունեցողների համար:

**PERSIAN-FARSI**

اگر شما، یا کسی که شما به او کمک میکنید ، سوال در مورد Western Health Advantage (وسترن هلث آدونتیج) داشته باشید حق این را دارید که کمک و اطلاعات به زبان خود را به طور رایگان دریافت نمایید. لطفاً با شماره تلفن 888.563.2250 تماس بگیرید. افراد ناشنوا می توانند به شماره 888.877.5378 پیام تایپی ارسال کنند.

**RUSSIAN**

Если у вас или лица, которому вы помогаете, имеются вопросы по поводу Western Health Advantage, то вы имеете право на бесплатное получение помощи и информации на вашем языке. Для разговора с переводчиком позвоните по телефону 888.563.2250 или воспользуйтесь линией TTY для лиц с нарушениями слуха по номеру 888.877.5378.

**JAPANESE**

ご本人様、またはお客様の身の回りの方でも、Western Health Advantageについてご質問がございましたら、ご希望の言語でサポートを受けたり、情報を入手したりすることができます。料金はかかりません。通訳とお話される場合、888.563.2250までお電話ください。聴覚障がい者用TTYをご利用の場合は、888.877.5378までお電話ください。

**ARABIC**

إن كان لديك أو لدى شخص تساعد أسئلة بخصوص Western Health Advantage، فلديك الحق في الحصول على المساعدة والمعلومات الضرورية بلغتك من دون أية تكلفة. للتحدث مع مترجم اتصل بـ 888.563.2250، أو برقم الهاتف النصي (TTY) لضعاف السمع 888.877.5378.

**PUNJABI**

ਜੇਕਰ ਤੁਸੀਂ, ਜਾਂ ਜਿਸ ਕਿਸੇ ਦੀ ਤੁਸੀਂ ਮਦਦ ਕਰ ਰਹੇ ਹੋ, ਦੇ Western Health Advantage ਬਾਰੇ ਸਵਾਲ ਹਨ ਤਾਂ, ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਅਤੇ ਜਾਣਕਾਰੀ ਹਾਸਲ ਕਰਨ ਦਾ ਅਧਿਕਾਰ ਹੈ। ਦੁਆਬੀਏ ਨਾਲ ਗੱਲ ਕਰਨ ਲਈ, 888.563.2250 'ਤੇ ਜਾਂ ਪੂਰੀ ਤਰ੍ਹਾਂ ਸੁਣਨ ਵਿੱਚ ਅਸਮਰਥ ਟੀਟੀਵਾਈ ਲਈ 888.877.5378 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।

**CAMBODIAN-MON-KHMER**

ប្រសិនបើអ្នក ឬនរណាម្នាក់ដែលកំពុងជួយអ្នក មានសំណួរអំពី Western Health Advantage ទេ, អ្នកមានសិទ្ធិទទួលជំនួយនឹងព័ត៌មាននៅក្នុងភាសារបស់អ្នក ដោយមិនអស់ប្រាក់។ ដើម្បីនិយាយជាមួយអ្នកបកប្រែ សូមទូរស័ព្ទ 888.563.2250 ឬ TTY សម្រាប់អ្នកត្រចៀកច្រន់ តាមលេខ 888.877.5378។

**HMONG**

Yog koj, los yog tej tus neeg uas koj pab ntawd, muaj lus nug txog Western Health Advantage, koj muaj cai kom lawv muab cov ntshiab lus qhia uas tau muab sau ua koj hom lus pub dawb rau koj. Yog koj xav nrog ib tug neeg txhais lus tham, hu rau 888.563.2250 los sis TTY rau cov neeg uas tsis hnov lus zoo nyob ntawm 888.877.5378.

**HINDI**

यदि आप, या जिस किसी की आप मदद कर रहे हो, के Western Health Advantage के बारे में प्रश्न हैं तो, आपको अपनी भाषा में मदद तथा जानकारी प्राप्त करने का अधिकार है। दुआशिए के साथ बात करने के लिए, 888.563.2250 पर या पूरी तरह श्रवण में असमर्थ टीटीवाई के लिए 888.877.5378 पर कॉल करो।

**THAI**

หากคุณ หรือคนที่คุณกำลังช่วยเหลือนั้นมีคำถามเกี่ยวกับ Western Health Advantage คุณมีสิทธิที่จะได้รับความช่วยเหลือและข้อมูลในภาษาของคุณได้โดยไม่มีค่าใช้จ่าย เพื่อพูดคุยกับล่าม โทร 888.563.2250 หรือใช้ TTY สำหรับคนหูหนวกโดยโทร 888.877.5378