

# Autorización Para El Uso O Divulgación De La Información Médica



Enviar por correo a: Western Health Advantage, Attn: Member Services  
2349 Gateway Oaks Drive, Suite 100, Sacramento, CA 95833

Fax: 916.568.0126

Correo electrónico: memberservices@westernhealth.com

Incluya en la línea del asunto: Autorización para el uso o divulgación

¿Preguntas? Llame al: 916.563.2250 | 888.563.2250 (número gratuito) | 888.877.5378 TDD/TTY

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

### 1. Miembro cuya información se divulgará

Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

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

### 2. Persona (el "Receptor") autorizada que recibirá la información del Miembro

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

Dirección del Receptor: \_\_\_\_\_

### 3. Información que se divulgará al Receptor (marque solo una de las tres opciones)

- Toda la información que WHA mantiene, excluyendo la información confidencial a menos que esté específicamente autorizado en la sección 4.
- Solo la siguiente información, o tipos de información, que mantenga WHA (marque todo lo que corresponda):
  - Información médica (diagnóstico, tratamiento, medicamentos, incluyendo las autorizaciones y el estado de derivaciones)
  - Cobertura y elegibilidad del plan de salud
  - Información financiera/de facturación (p. ej.: pagos de primas), excluyendo la información de reclamos
  - Estado de reclamos/información de pago
  - Otros \_\_\_\_\_

- Apuntes de la Psicoterapia  
Si marca esta casilla, no puede marcar ninguna de las otras casillas en esta sección o en la sección 4. Una autorización para la divulgación de los apuntes de psicoterapia no puede combinarse con una autorización para la divulgación de cualquier otro tipo de información. Se debe utilizar un formulario por separado.

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

- No     Sí    En caso la respuesta sea Sí, autorizo específicamente a WHA a divulgar al Receptor:
  - Toda la información confidencial
  - Solo la siguiente información: (marque todo lo que corresponda)
    - Abuso de alcohol/sustancias     Salud mental     Información genética
    - Enfermedades de transmisión sexual (incluido el VIH/SIDA)     Abuso mental, físico, sexual
    - Aborto/salud reproductiva (embarazo, anticoncepción)

### 5. Motivo de esta autorización (marque solo uno)

- Uso personal     Legal     Otros (especificar): \_\_\_\_\_

### 6. Autorización para actuar en nombre del Miembro Autorizo al Receptor a realizar las siguientes acciones:

- Inscribirme/Cancelar mi inscripción en/del Plan     Elegir/cambiar mi PCP
- Solicitar una nueva tarjeta de identificación     Cambiar/corregir información demográfica faltante/errónea
- Todas las anteriores

**B. Vencimiento** Esta autorización permanecerá vigente:

- por un (1) año desde la fecha de su firma a continuación,
- hasta el mes \_\_\_\_ día \_\_\_\_ año\_\_\_\_ (este período no puede ser superior a 3 años a partir de la fecha de firma a continuación)

**C. Notificación al Miembro**

- Usted puede revocar esta autorización en cualquier momento notificando a WHA por escrito. La revocación de esta autorización no afectará la información que WHA utilizó o divulgó antes de la recepción de su solicitud de revocación.
- WHA no puede condicionar el tratamiento, el pago, la inscripción en un plan de salud o la elegibilidad para beneficios basándose en si usted o su representante firman o no esta autorización.
- Si esta autorización es en nombre de un menor de edad,
  - o las leyes federales y estatales pueden prohibir que WHA lleve a cabo su petición sobre la información confidencial sin la autorización por escrito del menor de 12 años de edad o más;
  - o esta expirará cuando el menor cumpla 18 años o esté legalmente emancipado, o puede ser revocada por el menor legalmente capacitado.
- La ley estatal prohíbe la nueva divulgación de información médica por parte de un Receptor sin una autorización por separado. Si la información solicitada se vuelve a divulgar, es posible que ya no esté protegida por las leyes federales de privacidad.
- Si la información solicitada es Información de abuso de sustancias, esta se divulgó a partir de registros protegidos por las normas federales de confidencialidad. 42 CFR parte 2 prohíbe la divulgación no autorizada de estos registros.
- Tiene derecho a una copia de este formulario.
- Si envía un formulario completo por correo electrónico a WHA, reconoce que enviar información médica protegida por correo electrónico no seguro no constituye una buena práctica.

**D. 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. Firmo este formulario por mi propia voluntad.

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

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

Relación con el Miembro (si corresponde) \_\_\_\_\_

Representantes o tutores personales o legales: Si este formulario está firmado por alguien que no sea el Miembro o el padre/la madre de un menor, esta autorización debe ir acompañada de una prueba documental de la autoridad para actuar en nombre del Miembro (o del patrimonio del Miembro).

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

**Solo para uso interno de WHA (For WHA Internal Use only)**

Date Request Received \_\_\_\_\_  Identification Verified (documents checked)

Signature of Manager or Supervisor \_\_\_\_\_

Printed Name \_\_\_\_\_

Western Health Advantage cumple con las leyes de derechos civiles federales y de California aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, origen nacional, ascendencia, religión, sexo, estado civil, género, identidad de género, orientación sexual, edad o discapacidad, según corresponda. Western Health Advantage no excluye a las personas ni las trata diferente por motivos de raza, color, origen nacional, ascendencia, religión, sexo, estado civil, género, identidad de género, orientación sexual, edad o discapacidad.

Western Health Advantage:

Proporciona ayudas y servicios gratuitos a las personas con discapacidades para comunicarse eficazmente con nosotros, tales como:

- Intérpretes calificados en el lenguaje de señas
- Información escrita en otros formatos (impresión grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos)

Proporciona servicios gratuitos de idiomas a personas que no hablan inglés como idioma materno, tales como:

- Intérpretes calificados
- Información escrita en otros idiomas

Si necesita estos servicios, póngase en contacto con el Administrador de Servicios para Miembros al 888.563.2250 y encuentre más información en línea en <https://www.westernhealth.com/legal/non-discrimination-notice/>.

Si usted cree que Western Health Advantage no ha brindado estos servicios o ha sido discriminado de otra manera por motivos de raza, color, origen nacional, ascendencia, religión, sexo, estado civil, género, identidad de género, orientación sexual, edad o discapacidad, puede presentar una queja formal por teléfono, correo, fax, correo electrónico o en línea: Administrador de Servicios para Miembros, 2349 Gateway Oaks Drive, Suite 100, Sacramento, CA 95833, 888.563.2250 o 916.563.2250, 888.877.5378 (TTY), 916.568.0126 (fax), [memberservices@westernhealth.com](mailto:memberservices@westernhealth.com), <https://www.westernhealth.com/legal/grievance-form>.

Si necesita ayuda para presentar una queja formal, el Administrador de Servicios para Miembros está disponible para ayudarlo. Para obtener más información sobre el proceso de queja formal de Western Health Advantage y sus derechos de queja formal ante el Departamento de Atención Médica Administrada de California, visite nuestro sitio web en <https://www.westernhealth.com/legal/grievance-form/>.

Si existe una preocupación de discriminación basada en raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo, también puede presentar una queja sobre derechos civiles ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, Oficina de Derechos Civiles, electrónicamente a través del portal de la Oficina de Quejas sobre Derechos Civiles disponible en:

Sitio web: <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/smartscreen/main.jsf>; Por correo: U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue, S.W., Room 509 F, HHH Building, Washington, D.C. 20201; Teléfono: 800.368.1019 o 800.537.7697 (TDD); Los formularios de quejas están disponibles en <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. لطفا با شماره تلفن 888.563.2250 تماس بگیرید. افراد ناشنوا می توانند به شماره 888.877.5378 پیام تاپیی 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، فلدك الحق في الحصول على المساعدة والمعلومات الضرورية بلغتك من دون اية 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। ਦੁਆਰੀਏ 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, អ្នកមានសិទ្ធិទទួលជំនួយនឹងព័ត៌មាននៅក្នុងភាសាខ្មែរសំអ្នក ដោយមិនអស់ប្រាក់។ ដើម្បីនិយាយជាមួយអ្នកបកប្រែ សូមទូរស័ព្ទ 888.563.2250 ឬ TTY សម្រាប់អ្នកត្រូវជ្រៀកជូន 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 หรือคนที่คุณกำลังช่วยเหลือมีคำถามเกี่ยวกับ Western Health Advantage คุณมีสิทธิที่จะได้รับความช่วยเหลือและข้อมูลในภาษาของคุณได้โดยไม่มีค่าใช้จ่าย เพื่อพูดคุยกับล่าม โทร 888.563.2250 หรือใช้TTY สำหรับคนหูหนวกโดยโทร 888.877.5378