

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) _____

Debe adjuntarse a este formulario una copia de una identificación con fotografía de la persona que firma el formulario y del Receptor, a menos que ya haya uno en el archivo de WHA.

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 _____