

Autorización para la divulgación de información personal



A. Miembro cuya información será divulgada:

Nombre del miembro:		Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____
Dirección:		
Ciudad:	Estado:	Código postal:
Número de contrato en credencial de ID:	Número de teléfono:	

Solicito y autorizo a Priority Health* a divulgar mi información personal y médica. Esto puede incluir quejas e información de facturación. También puede incluir registros médicos que Priority Health haya recibido de médicos, incluyendo registros de servicios médicos generales, tratamientos por abuso de alcohol o sustancias, tratamientos psicológicos o psiquiátricos, servicios sociales, virus de inmunodeficiencia humana (BIH) o síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) o complejo relacionado al SIDA, enfermedades contagiosas o infecciones, enfermedades venéreas, tuberculosis, hepatitis e información demográfica. (*Priority Health incluye a Priority Health/Priority Health Managed Benefits, Inc./Priority Health Insurance Company/Priority Health Government Programs, Inc.)

B. Tipo de información que puede ser divulgada por Priority Health (marque UNA casilla)

- Toda mi información (incluyendo información personal, médica, demográfica, de quejas, facturación o registros médicos; O
- Sólo mi información de quejas o facturación; O
- Otra (explicar — por ejemplo, información sobre una fecha o asunto específico): _____

C. ¿Quién puede recibir su información?

Nombre de la persona o entidad:		Número de teléfono:
Dirección:		
Ciudad:	Estado:	Código postal:

D. ¿Cuál es el propósito de esta Autorización? (marque UNA casilla)

- Mi solicitud
- Otro (explicar): _____

E. ¿Cuándo expirará esta Autorización? (marque UNA casilla)

NOTA: Si no indico una fecha o evento de expiración arriba, esta autorización expirará luego de un año a partir de la fecha en que fue firmado.

- No posee fecha de expiración
- Luego de la finalización de mi cobertura
- Luego de mi fallecimiento
- Luego de mi revocación por escrito
- Al día siguiente (DD/MM/AAAA): ____ / ____ / ____
- Luego del evento siguiente: _____

Comprendo que si puedo rehusarme a firmar esta Autorización. Puedo revocar esta Autorización en cualquier momento notificando a Priority Health por escrito a la dirección que figura más abajo. La cancelación no será efectiva para información que Priority Health divulgue entre el momento de la firma de esta Autorización y la fecha en que se reciba la cancelación. Si Priority Health ha solicitado esta Autorización, comprendo que tengo derecho a recibir una copia de la misma luego de firmarla. Comprendo que Priority Health no condicionará tratamientos, pagos, inscripción o elegibilidad para beneficios si no firmo esta Autorización. Comprendo que las personas a quienes será divulgada mi información bajo esta Autorización podrán a su vez divulgarla a terceros sin mi conocimiento ni consentimiento, y por lo tanto la privacidad de mi información personal y médica podrá no estar protegida por la ley.

F. Firma requerida a continuación

Si lo firma una persona que no es el miembro, indique su relación y proporcione una prueba de su autoridad para firmar:

- Padre de persona menor de edad
- Tutor legal
- Apoderado legal
- Representante personal de miembro fallecido

Firma:	Fecha (DD/MM/AAAA):
Nombre impreso:	

G. Finalize and send

- El formulario debe ser completado en su totalidad
- Realizar una copia y enviarla
 - Por correo electrónico a HIPAA@priorityhealth.com
 - Por fax al: 616 942-0616
 - Por correo a: Priority Health, MS 2005, 1231 East Beltline, N.E., Grand Rapids, MI, 49525-4501