

# Autorización para revelar información personal y de salud



Nombre del miembro: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_  
Número de contrato: \_\_\_\_\_ Ciudad/Estado/Código postal: \_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Número telefónico del miembro: \_\_\_\_\_

Solicito y autorizo a Priority Health/Priority Health Managed Benefits, Inc./Priority Health Insurance Company/Priority Health Government Programs, Inc. (en lo sucesivo, "Priority Health") revelar mi información personal y de salud que Priority Health tenga, la cual puede incluir información de reclamaciones y facturación, expedientes médicos creados por profesionistas de la medicina que Priority Health recibió, incluyendo expedientes referentes al cuidado médico general, tratamiento de alcoholismo y drogadicción, tratamiento psicológico o psiquiátrico, asesoría de servicios sociales, virus de inmunodeficiencia humano (VIH) o síndrome de inmunodeficiencia adquirido (SIDA) o complejo relacionado con el SIDA (ARC), enfermedades o infecciones transmisibles, enfermedades venéreas, tuberculosis y hepatitis, e información demográfica. Entiendo que Priority Health no condicionará el tratamiento, pago, inscripción o elegibilidad de beneficios a mi firma de esta autorización.

## A. Información que se revelará (seleccione sólo **una**):

- Toda mi información personal y de salud, incluyendo expedientes médicos
- únicamente información de reclamaciones y de facturación
- Otra (como una fecha específica del servicio o información pertinente a un asunto específico): \_\_\_\_\_

## B. La revelación se hará a (nombre de la persona o entidad, dirección, código postal, número telefónico):

\_\_\_\_\_

C. Propósito de la revelación:  A solicitud de la persona  
 Otro: \_\_\_\_\_

D. Esta autorización vence (seleccione uno):  En la fecha siguiente: \_\_\_\_\_  
 Al siguiente evento: \_\_\_\_\_

Entiendo que puedo rehusarme a firmar esta autorización y que puedo revocarla en cualquier momento, pero debo hacerlo por escrito a Priority Health, a la dirección indicada más adelante. La revocación no será efectiva hasta el punto en que Priority Health ya haya revelado la información: Entiendo que tengo el derecho de recibir una copia de esta autorización después de que se haya firmado si Priority Health lo solicita. Entiendo que es posible que las personas a quienes se revele la información de acuerdo a esta Autorización la revelen nuevamente a otros sin mi conocimiento o consentimiento y, por lo tanto, es posible que la privacidad de mi información personal y de salud ya no esté protegida por la ley.

\_\_\_\_\_  
Firma Fecha de la firma

Si lo firma una persona que no sea el miembro, favor de indicar su relación con el miembro y su autoridad para firmar:

- Padre de un menor de edad
- Carta poder
- Tutor legal
- Representante personal de un difunto

**Favor de enviar el formulario a:** Priority Health, MS: 2005; 1231 East Beltline, NE; Grand Rapids, MI 49525-4501

Si se necesitan formularios adicionales, sírvase hacer copias o visitar [priorityhealth.com](http://priorityhealth.com) para imprimir formularios adicionales.

Este documento es entregado por Priority Health a efectos informativos únicamente. Si existe algún conflicto entre la traducción al español y la versión en inglés de este documento, el texto de la versión en inglés prevalecerá. Si tiene preguntas, consulte la versión en inglés de esta información, o puede llamar a Servicios al Cliente al 800-446-5674 y lo transferirán a LanguageLine de AT&T para que usted reciba asistencia en español.

# Autorización para revelar información personal y de salud



O por fax al: 616 942-0616

Si se necesitan formularios adicionales, sírvase hacer copias o visitar [priorityhealth.com](http://priorityhealth.com) para imprimir formularios adicionales.

Este documento es entregado por Priority Health a efectos informativos únicamente. Si existe algún conflicto entre la traducción al español y la versión en inglés de este documento, el texto de la versión en inglés prevalecerá. Si tiene preguntas, consulte la versión en inglés de esta información, o puede llamar a Servicios al Cliente al 800-446-5674 y lo transferirán a LanguageLine de AT&T para que usted reciba asistencia en español.