

# Autorización para la divulgación de información personal



A. MIEMBRO CUYA INFORMACIÓN SERÁ DIVULGADA			
Nombre del miembro		Fecha de nacimiento	Número de contrato en credencial de ID
Dirección	Ciudad	Estado	Código postal
Número telefónico que podemos usar para ponernos en contacto con usted <input type="checkbox"/> Línea fija (teléfono de su casa) <input type="checkbox"/> Teléfono celular		Número telefónico alternativo que podemos usar para ponernos en contacto con usted (opcional) <input type="checkbox"/> Línea fija (teléfono de su casa) <input type="checkbox"/> Teléfono celular	
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)			
<input type="checkbox"/> Toda mi información (incluyendo información personal, médica, demográfica, de quejas, facturación o registros médicos); <input checked="" type="radio"/>			
<input type="checkbox"/> Sólo mi información de quejas o facturación; <input checked="" type="radio"/>			
<input type="checkbox"/> Otra (explicar — por ejemplo, información sobre una fecha o asunto específico): _____			
_____			
C. ¿QUIÉN PUEDE RECIBIR SU INFORMACIÓN?			
Nombre de la persona o entidad			
Dirección	Ciudad	Estado	Código postal
Número telefónico que podemos usar para ponernos en contacto con usted <input type="checkbox"/> Línea fija (teléfono de su casa) <input type="checkbox"/> Teléfono celular		Número telefónico alternativo que podemos usar para ponernos en contacto con usted (opcional) <input type="checkbox"/> Línea fija (teléfono de su casa) <input type="checkbox"/> Teléfono celular	
D. ¿CUÁL ES EL PROPÓSITO DE ESTA AUTORIZACIÓN? (MARQUE UNA CASILLA)			
<input type="checkbox"/> Mi solicitud <input type="checkbox"/> Otro (explicar): _____			
E. ¿CUÁNDO EXPIRARÁ ESTA AUTORIZACIÓN? (MARQUE UNA CASILLA)			
<b>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.</b>			
<input type="checkbox"/> No posee fecha de expiración		<input type="checkbox"/> Luego de la finalización de mi cobertura	
<input type="checkbox"/> Luego de mi fallecimiento		<input type="checkbox"/> Luego de mi revocación por escrito	
<input type="checkbox"/> Al día siguiente (DD/MM/AAAA) ____/____/____		<input type="checkbox"/> 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:			
<input type="checkbox"/> Padre de persona menor de edad		<input type="checkbox"/> Tutor legal	
<input type="checkbox"/> Apoderado legal		<input type="checkbox"/> Representante personal de miembro fallecido	
Firma	Nombre impreso	Fecha (DD/MM/AAAA)	
G. FINALIZAR Y ENVIAR			
<ul style="list-style-type: none"><li>• El formulario debe ser completado en su totalidad</li><li>• Realizar una copia y enviarla:<ul style="list-style-type: none"><li>- Por correo electrónico a <a href="mailto:HIPAA@priorityhealth.com">HIPAA@priorityhealth.com</a></li><li>- Por fax al: 616.942.0616</li><li>- Por correo a: Priority Health, MS 2005, 1231 East Beltline, N.E., Grand Rapids, MI, 49525-4501</li></ul></li></ul>			