

Autorización para Divulgación de Información de Salud

Siga estas instrucciones para llenar el formulario.

Información personal del miembro

En esta sección, escriba su nombre completo, fecha de nacimiento, dirección e ID del miembro o suscriptor.

Quién puede obtener y compartir mi información

Escriba el nombre completo y la dirección de la o las personas u organizaciones de las que usted desee permitir que se obtenga información o a las que desee permitir que se les dé información.

Tipo de información que se compartirá

Marque una de las casillas. Si marca la segunda casilla, escriba qué tipo de información podemos compartir.

Propósito de la divulgación

Marque una de las casillas. Si marca la segunda casilla, escriba el propósito de la divulgación de información.

Firma

Para que sea válido, el formulario debe estar firmado y fechado. Los miembros de Illinois también necesitan la firma de un testigo.

Representante personal

Si usted tiene un tutor o un representante designado por un tribunal, ellos deben llenar esta sección. Además deberán adjuntar una copia de su autorización legal como tutor o representante.

Autorización para Divulgación de Información de Salud

Conserve una copia de este formulario en su archivo personal.

Información personal del miembro

Nombre completo _____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Número de ID del miembro/suscriptor _____ Fecha de nacimiento _____

Entiendo y acepto que:

- Esta autorización es voluntaria.
- Mi información de salud puede provenir de terceros, por ejemplo, proveedores de cuidado de la salud. Puede incluir estos tipos de información:
 - Registros médicos
 - Farmacia
 - Registros dentales
 - Cuidado de la vista
 - Salud mental
 - Cuidado por abuso de sustancias
 - VIH/SIDA
 - Psicoterapia
 - Cuidado de salud reproductiva
 - Enfermedades transmisibles
- No me pueden negar el tratamiento o el pago del cuidado de la salud si no firmo este formulario. No me pueden negar el derecho a recibir cuidado de la salud si no firmo este formulario.
- Mi información de salud puede ser compartida por el receptor. Si el receptor no es un plan de salud o un proveedor, es posible que la información no esté protegida por las leyes federales.
- Esta autorización vencerá un año después de la fecha en que la firme. Puedo revocarla en cualquier momento. Para hacerlo, debo notificar a UnitedHealthcare por escrito. La revocación no tendrá efecto en ninguna de las acciones anteriores a la fecha en que se procese tal revocación.

Quién puede obtener y compartir mi información

Autorizo a UnitedHealthcare y sus afiliadas a obtener o compartir mi información de salud con:

Nombre completo de la persona u organización

Nombre completo de la persona u organización

Tipo de información que se compartirá

Marque una de las casillas.

- Autorizo la divulgación de toda mi información de salud. Esto incluye los siguientes tipos de información:
- Registros médicos
 - Farmacia
 - Registros dentales
 - Cuidado de la vista
 - Salud mental
 - Cuidado por abuso de sustancias
 - VIH/SIDA
 - Psicoterapia
 - Cuidado de salud reproductiva
 - Enfermedades transmisibles
- Autorizo únicamente la divulgación de la siguiente información:

Propósito de la divulgación

Marque una de las casillas.

- Mi información de salud se compartirá a solicitud mía o a solicitud de mi representante.
- Mi información de salud se compartirá con este propósito:

Firma

Firma del miembro

Fecha

Firma del testigo (*para residentes de Illinois solamente*)

Fecha

Representante personal

Si usted es tutor o representante designado por un tribunal, debe adjuntar una copia de su autorización legal para representar al miembro.

Nombre del representante personal _____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Número de teléfono _____

Firma del representante del miembro

Fecha

¿Está listo para enviar el formulario llenado?

Envíe el formulario llenado y firmado a:

UnitedHealthcare Community and State
PO Box 30753
Salt Lake City, UT 84130

Fax: 1-844-386-9286

Conserve una copia de este formulario en su archivo personal.

(Para los residentes de California y Georgia solamente). Entiendo que puedo ver y copiar la información anterior si así lo solicito. Puedo recibir una copia de este formulario después de firmarlo.