



AUTORIZACIÓN PARA USAR O DIVULGAR INFORMACIÓN PROTEGIDA DE SALUD

NOTA: Este formulario no otorga autoridad para tomar decisiones sobre atención médica.

1. Información del miembro

Nombre: <input style="width: 90%;" type="text"/> <i>Apellido, nombre, inicial del segundo nombre</i>	Fecha de nacimiento: <input style="width: 90%;" type="text"/>	Identificación de CCA: <input style="width: 90%;" type="text"/>
Dirección: <input style="width: 90%;" type="text"/> <i>Calle, ciudad/estado, código postal</i>	Teléfono: <input style="width: 90%;" type="text"/>	Dirección de correo electrónico: <input style="width: 90%;" type="text"/>

2. Permiso para obtener/divulgar información de salud del miembro

Obtener de (Los registros se cargarán y se incluirán en la tabla de CCA una vez recibidos): Nombre: _____ Dirección: _____ Teléfono: _____ Fax: _____ Dirección de correo electrónico: _____	Divulgar a: Nombre: _____ Dirección: _____ Teléfono: _____ Fax: _____ Dirección de correo electrónico: _____
--	--

Descripción: Registro completo o parcial - Si es parcial, describa los registros de salud o la información necesaria:

Para este período: ___/___/___ **Hasta:** ___/___/___

Propósito: A solicitud del miembro/otra persona Otro:

En forma de: Copias por escrito Copias electrónicas/impresas por: Fax Correo electrónico
 Entrega o recogida

3. Información confidencial: Debe colocar sus iniciales en cada casilla a continuación para que CCA pueda solicitar/divulgar esta información confidencial.

Aborto		Salud conductual		VIH	
SIDA/ARC		Pruebas genéticas		Abuso físico	
Consumo de alcohol y sustancias		Violencia doméstica		Enfermedad de transmisión sexual	
Salud reproductiva					

4. Vencimiento y revocación

Esta AUTORIZACIÓN completa para "DIVULGAR" copias de los registros de CCA vencerá en un año a menos que sea revocada.

Esta AUTORIZACIÓN completa para "OBTENER" registros, a menos que se revoque de otra manera, es válida durante el período de inscripción del miembro en CCA o: En esta fecha: ___ / ___ / ___ evento:

5. Firma: La firma a continuación es mía y estoy legalmente autorizado a firmar este documento.

Firma del miembro/representante personal*: _____ Fecha: ___ / ___ / ___

** Escriba en letra de imprenta su nombre, número de teléfono y correo electrónico a continuación. Marque (✓) la casilla que muestre su autoridad legal conforme a la ley para firmar este formulario en nombre del miembro.*

Devuelva este formulario completo con la documentación de respaldo.

Nombre completo del representante personal en letra de imprenta: _____

Teléfono: _____ - _____ - _____ Correo electrónico: _____

Abogado Tutor/curador Agente de atención médica Agente/representante de la HIPAA

Representante de los herederos/albacea Poder de representación Otro defensor

Comprendo que la información de salud divulgada de conformidad con esta Autorización puede ser divulgada nuevamente por el destinatario y es posible que ya no esté protegida por la ley. Tengo el derecho de revocar esta Autorización por escrito en cualquier momento enviando una revocación por escrito a la dirección a continuación. Comprendo que mi tratamiento, pago, inscripción en el plan de salud o elegibilidad para los beneficios no dependen de que yo firme esta Autorización. La entidad que solicita esta Autorización debe proporcionarme una copia de este formulario firmado.

Envíe por correo postal, fax o correo electrónico como se indica a continuación.

Si tiene preguntas, llame a Member Services al: 866-610-2273

Commonwealth Care Alliance, Inc.

Health Information Management Department

2 Avenue De Lafayette, 5th Floor

Boston, MA 02111

Fax: 413-733-1924

Correo electrónico: HIM@commonwealthcare.org