

AUTORIZACIÓN DE DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN PROTEGIDA DE SALUD (PHI) DEL MERCADO DE SEGUROS MÉDICOS (MARKETPLACE)

La presente autorización es voluntaria y se puede utilizar para permitir que IdealCare by Sendero Health Plans (IdealCare) utilice o divulgue información de salud protegida (protected health information o PHI).

Las personas que completen este formulario deben leerlo en su totalidad antes de firmar y completar todas las secciones que se apliquen a sus decisiones relacionadas con el uso o la divulgación de su información de salud protegida (PHI).

- Como miembro de IdealCare (mayor de 18 años) estoy solicitando que se comunique información de salud protegida (PHI) a la persona que se indica a continuación.
- Como padre/tutor de un miembro (menor de 18 años) de IdealCare estoy solicitando que se comunique información de salud protegida (PHI) a la persona que se indica a continuación, e incluyo comprobante de mi identidad y derechos legales.

NOMBRE COMPLETO DEL MIEMBRO

NÚMERO DE ID DEL MIEMBRO

FECHA DE NAC. DEL MIEMBRO

 / /

DIRECCIÓN POSTAL

CIUDAD

CÓDIGO POSTAL

TEL. DE CONTACTO DE DÍA

 / /

OTRO TEL.

 / /

DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO

ENTRADA EN VIGENCIA:

Año del Plan:

Esta autorización solo es válida por durante del año del plan actual.

Esta autorización sólo será válida de:

Mes: Día: Año:

Esta autorización sólo será válida hasta:

Mes: Día: Año:

DERECHO DE REVOCACIÓN:

Entiendo que puedo retirar mi permiso en cualquier momento enviando una carta a IdealCare por correo postal, correo electrónico o fax a la dirección detallada al final de este documento. Esta carta también debe incluir el nombre completo del miembro, el número de miembro, la dirección y el número de teléfono.

La autorización no tendrá efecto sobre las acciones que IdealCare ya haya realizado de buena fe antes de recibir esta carta de retiro de autorización.

