

# 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 Sendero Health Plans (Sendero) 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 Sendero (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 Sendero 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

A horizontal row of ten empty square boxes, followed by a vertical division bar (a single vertical line with a short horizontal line through it), followed by another row of ten empty square boxes.

## DIRECCIÓN POSTAL

\_\_\_\_\_

## CIUDAD

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:   Dia:   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 Sendero 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 Sendero ya haya realizado de buena fe antes de recibir esta carta de retiro de autorización.



## ¿QUIÉN PUEDE RECIBIR Y USAR LA INFORMACIÓN DE SALUD?

NOMBRE

DIRECCIÓN POSTAL

CIUDAD

CÓDIGO POSTAL

FECHA DE NACIMIENTO

 /  / 

TEL. DE CONTACTO DE DÍA

 /  / 

OTRO TEL.

 /  / 

FEMENINO

MASCULINO

### POR FAVOR SELECCIONE A QUIEN CORRESPONDA:

- Yo
- Padre biológico o adoptivo
- Padrastro
- Representante legal: alguien con facultad legal para actuar en representación del Miembro

- Tutor legal
- Esposo
- Padre sustituto (de crianza temporal)
- Otra \_\_\_\_\_

**Si la persona que firma esta autorización no es el Miembro, deberá proporcionar una copia del poder notarial de atención médica, el certificado de nacimiento u otro documento pertinente que lo autorice a actuar en representación del Miembro, junto con su comprobante de identidad.**

### ¿QUÉ INFORMACIÓN SE PUEDE DIVULGAR?

- Toda la información descripta a continuación
- 

- Información de beneficios, facturación y reclamaciones
- Cambios de proveedor de atención primaria
- Cambios de domicilio

- Solicitud de tarjeta de identificación
- Pago de primas
- Ortografía del nombre y otra información personal

**Se requieren sus iniciales para autorizar la divulgación de la siguiente información:**

- \_\_\_\_ Información de salud mental
- \_\_\_\_ Embarazo/Planificación familiar
- \_\_\_\_ Drogadicción, Alcoholismo, Abuso de Sustancias
- \_\_\_\_ VIH/SIDA
- \_\_\_\_ Información genética

**Por favor tenga en cuenta: Existen restricciones respecto de la cantidad de información que podemos compartir con otras personas en relación con su cuenta. Aviso para los padres: estas restricciones puede que no afecten los derechos legales que ustedes tienen de acceder a la información de su hijo/a por otros medios, como por ejemplo, contactándose con el médico de atención primaria de su hijo/a.**

## **DECLARACIÓN ACERCA DE LA LEY HIPAA:**

Se usa este formulario en cumplimiento con los requisitos de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (Health Insurance Portability and Accountability Act —HIPAA), las Normas de Privacidad y la Ley de Privacidad Médica de Texas (Texas Medical Privacy Act). Las entidades contempladas (covered entities) pueden usar este o cualquier otro formulario que cumpla con la ley HIPAA, la Ley de Privacidad Médica de Texas y otras leyes aplicables.

Las entidades contempladas, tal como se define este término en la ley HIPAA y el Código de Salud y Seguridad de Texas, deben obtener una autorización firmada por una persona o el representante legalmente autorizado de tal persona para divulgar la Información de Salud Protegida de esa persona (PHI).

La Autorización proporcionada mediante el uso del formulario significa que la organización, entidad o persona autorizada puede divulgar, comunicar o enviar la información de salud protegida de la persona designada a la organización, entidad o persona identificada en el formulario, incluso mediante el uso de medios electrónicos.

## **FIRMA Y AUTORIZACIÓN:**

He leído este formulario en su totalidad y estoy de acuerdo con los usos y divulgación de la información tal como se describen. Entiendo que si me niego a firmar este formulario, esta negativa no impide la divulgación de la información de salud protegida que haya tenido lugar con anterioridad a la revocación o que por alguna otra razón la ley permita sin mi autorización o consentimiento específicos, incluidas divulgaciones a las entidades contempladas.

FIRMA: FECHA:  /  /   /   /

*Firma de la persona o Representante legalmente autorizado de la persona*

Nombre en imprenta del Representante legalmente autorizado (si corresponde):

\_\_\_\_\_

Para la divulgación de cierto tipo de información se requiere la firma del menor de edad, como por ejemplo, para la divulgación de información relacionada con ciertos tipos de atención médica reproductiva, enfermedades de transmisión sexual y tratamiento de drogadicción, alcoholismo o abuso de sustancias y de salud mental:

**FIRMA:** \_\_\_\_\_ **FECHA:**

--	--	--

 / 

--	--	--

 / 

--	--	--	--	--

#### **Miembros: Este formulario es carta d**

**mediante:**

E-mail: [CustomerSupport@se](mailto:CustomerSupport@se)

512.901.9704

## **: Sendero Health Plans**

Attn: Customer Se