



## ¿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:

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Yo  | <input type="checkbox"/> Tutor legal                           |
| <input type="checkbox"/> Padre biológico o adoptivo  | <input type="checkbox"/> Esposo                                |
| <input type="checkbox"/> Padrastro   | <input type="checkbox"/> Padre sustituto (de crianza temporal) |
| <input type="checkbox"/> Representante legal: alguien con facultad legal para actuar en representación del Miembro | <input type="checkbox"/> 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 descrita a continuación

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Información de beneficios, facturación y reclamaciones | <input type="checkbox"/> Solicitud de tarjeta de identificación            |
| <input type="checkbox"/> Cambios de proveedor de atención primaria              | <input type="checkbox"/> Pago de primas                                    |
| <input type="checkbox"/> Cambios de domicilio                                   | <input type="checkbox"/> 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.

