

Formulario de autorización del miembro

Si necesitas ayuda en español para entender este documento, puedes solicitarla sin costo adicional, llamando al número del Servicio de Atención al Cliente que aparece al dorso de tu tarjeta de identificación o en el folleto de inscripción.

Este formulario debe completarlo un miembro si hay una solicitud para divulgar la información de salud del miembro a otra persona o compañía. Incluya la mayor cantidad de información posible.

Parte A: Información del miembro

Apellido del miembro		Nombre del miembro		Inicial del segundo nombre	Fecha de nacimiento del miembro (MM/DD/AAAA)
Dirección del miembro		Ciudad		Estado	Código postal
Número de teléfono durante el día (con código de área)	Número de teléfono celular/móvil (con código de área)	Número de identificación (ver tarjeta de identificación)		Número de grupo (ver tarjeta de identificación)	

Parte B: Persona o compañía que recibirá esta información

Las siguientes personas o compañías tienen derecho a recibir mi información. (Ellos deben tener 18 años o más). Escribe su nombre y apellido. Al escribir nombre/apellido, autorizo a esa persona a recibir mi información.

Mi cónyuge (escribe nombre y apellido)	Mis padres (si eres mayor de 18 años; escribe nombre[s] y apellido[s])
Mi pareja doméstica (escribe nombre y apellido)	Mi corredor o agente de seguros (escribe el nombre de la compañía y el nombre y apellido si lo conoces)
Mis hijos adultos (escribe nombre[s] y apellido[s])	Otro (escribe el nombre y apellido [si lo conoces], el nombre de la compañía y la relación que tiene contigo)

Parte C: Información que puede divulgarse

Yo autorizo a **HealthSun Health Plans** a usar o divulgar la siguiente información en mi nombre (**marca solo una casilla**):

Toda mi información. Esto puede incluir información sobre salud, diagnósticos (nombre de una enfermedad o afección), reclamaciones, médicos y otra información financiera (como facturación y operaciones bancarias) y sobre proveedores de cuidado de la salud. Esto no incluye información delicada (ver debajo) a menos que se apruebe debajo.

0

Solo parte de la información puede divulgarse (marca debajo todas las casillas que correspondan para ti).

<input type="checkbox"/> Apelaciones	<input type="checkbox"/> Médico y hospital	<input type="checkbox"/> Remisión
<input type="checkbox"/> Beneficios y cobertura	<input type="checkbox"/> Elegibilidad e inscripción	<input type="checkbox"/> Tratamiento
<input type="checkbox"/> Facturación	<input type="checkbox"/> Financiera	<input type="checkbox"/> Dental
<input type="checkbox"/> Reclamaciones y pago	<input type="checkbox"/> Expedientes médicos	<input type="checkbox"/> Vista
<input type="checkbox"/> Diagnósticos (nombre de una enfermedad o afección) y procedimiento (tratamiento)	<input type="checkbox"/> Certificación y autorización previas (para la aprobación de tratamientos)	<input type="checkbox"/> Farmacia
		<input type="checkbox"/> Otros: _____

También apruebo la divulgación de los siguientes tipos de información delicada por parte de HealthSun Health Plans (marca todas las casillas que correspondan para ti):

Toda la información delicada²

0

Solo información sobre los temas marcados debajo

<input type="checkbox"/> Aborto	<input type="checkbox"/> Pruebas genéticas	<input type="checkbox"/> Salud mental
<input type="checkbox"/> Abuso (sexual/físico/psicológico)	<input type="checkbox"/> VIH o SIDA	<input type="checkbox"/> Enfermedad de transmisión sexual
<input type="checkbox"/> Trastorno por abuso de sustancias ^{1,2}	<input type="checkbox"/> Maternidad	<input type="checkbox"/> Otros: _____

1 Especifica el periodo de tiempo de los registros que se divulgarán: _____
Descripción de los registros que pueden divulgarse: _____

2 A menos que especifique lo contrario en este formulario, pretendo que la divulgación se extienda a todos los registros sobre trastornos por abuso de sustancias que HealthSun Health Plans tiene sobre mí. Comprendo que mis registros sobre trastornos por abuso de sustancias están protegidos en virtud de las leyes y normas federales y estatales sobre confidencialidad y no pueden divulgarse sin mi consentimiento escrito, a menos que las leyes y normas indiquen otra cosa. También comprendo que puedo revocar (o cancelar) esta aprobación en cualquier momento o según se describe en la Parte E. Comprendo que no puedo cancelar esta aprobación cuando este formulario ya haya sido usado para divulgar información.

Parte D: Propósito de esta autorización (marca solo una casilla)

Para divulgar la información según se muestra en este formulario.

0

Por estas razones: _____

Parte E: Fecha en que expira tu aprobación (marca solo una casilla)

Si este documento no fue retirado anteriormente, esta aprobación finalizará en la más próxima de estas fechas:

Un año desde la fecha de la firma en la Parte F.

0

Antes de cumplirse el año y en la fecha, el evento o la condición que se describe debajo:

Parte F: Revisión y aprobación

He leído los contenidos de este formulario. Comprendo, acepto y permito que HealthSun Health Plans use y divulgue mi información según lo indiqué más arriba o según lo requerido por las leyes vigentes. También comprendo que la firma de este formulario es por voluntad propia. Comprendo que HealthSun Health Plans no me exige que firme este formulario para poder recibir tratamientos o pagos, o para inscribirme o resultar elegible para beneficios.

Tengo derecho a retirar esta aprobación en cualquier momento dando aviso escrito de mi renuncia a HealthSun Health Plans. Comprendo que retirar esta aprobación no afectará ninguna medida que se haya tomado antes de que yo lo hiciera. También comprendo que la información que se divulga puede ser distribuida por la persona o grupo que la recibe. Si eso sucede, esta podría dejar de estar protegida por la Norma de Privacidad de la Ley de Responsabilidad y Transferibilidad de Seguros Médicos (HIPAA). Tengo derecho a obtener una copia de este formulario.

Firma del miembro o firma del representante legal designado/tutor

Fecha (MM/DD/AAAA)

X

_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|

Representante legal designado/tutor (completa esta sección solo si tienes documentación que avale la representación legal)

Si una persona que no sea el miembro o uno de sus progenitores, por ejemplo un representante personal, un representante legal o un tutor, firma este formulario en nombre del miembro, proporciona lo siguiente:

- Una copia del poder legal para cuidado de la salud, general o duradero.

0

- Una orden judicial u otra documentación que exhiba la custodia u otra documentación legal que demuestre la autoridad del representante legal para actuar en nombre del miembro.

Completa lo siguiente:

Representante legal (escribe el nombre completo en letra de imprenta):

Relación legal con el miembro

Dirección del representante legal

Ciudad

Estado

Código postal

Firma

Fecha (MM/DD/AAAA)

X

_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|

Envía el formulario completo a: HealthSun Health Plans

Dirección: 11430 N.W. 20th Street Suite # 300, Miami, FL 33172

Fax: 305-448-5783

Correo electrónico: info@healthsun.com

Te recomendamos conservar una copia de este formulario para tus registros.