



AUTORIZACIÓN DE DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA

Información importante

Para permitirle a Partnership HealthPlan de California divulgar su información médica con una persona o entidad, se debe obtener su autorización para hacerlo. Por favor llene este formulario y envíelo a:

Partnership HealthPlan of California
 Attn: Member Services – Northern Region
 3688 Avtech Pkwy
 Redding, CA 96002
 (530) 223-2508

O

Partnership HealthPlan of California
 Attn: Member Services – Southern Region
 4665 Business Center Drive
 Fairfield, CA 94534
 Fax: (707) 420-7580

Yo solicito (pido) y autorizo a **Partnership HealthPlan of California** divulgar la información médica del miembro mencionado anteriormente que está marcada a continuación a la persona o entidad mencionadas a continuación:

Nombre:				
Dirección:				
Número de teléfono:	()			
Número de fax:	()			
Para el/los siguiente/s uso/s o propósito/s específico/s:	<input type="checkbox"/> Uso personal	<input type="checkbox"/> Departamento jurídico	<input type="checkbox"/> Compensación para trabajadores	<input type="checkbox"/> Tratamiento médico
	<input type="checkbox"/> Elegibilidad	<input type="checkbox"/> Discapacidad	<input type="checkbox"/> Otro:	
Fecha (s) específica (s) de servicio: (Opcional)	De: _____ Hasta: _____			

**Esta autorización se limita a la información médica marcada a continuación:
(POR FAVOR TOME EN CUENTA QUE: La información de salud sensible que muestra a continuación requiere firma adicional.)**

<input type="checkbox"/> Copias de los expedientes o información médica <i>excepto</i> información médica sensible.	<input type="checkbox"/> Copias de los expedientes o información médica <i>incluyendo</i> la información sensible que se indica a continuación.
<input type="checkbox"/> Tratamiento de salud mental / conductual _____ Firma del miembro o del representante personal	<input type="checkbox"/> Tratamiento de enfermedades de transmisión sexual _____ Firma del miembro o del representante personal

<input type="checkbox"/> Tratamiento de trastornos por uso de sustancias _____ Firma del miembro o del representante personal	Descripción de la información de trastornos por uso de sustancias: _____ _____
<input type="checkbox"/> Información médica relacionada con el siguiente proveedor médico específico: _____	<input type="checkbox"/> Información médica relacionada con el siguiente tratamiento o condición en específico: _____

Vencimiento de la autorización

Esta autorización vencerá (terminará) en exactamente un año a menos que usted elija una fecha diferente a continuación.
 Esta autorización vencerá en esta fecha o evento (se requiere una fecha): _____

Firma del miembro

Tengo entendido que Partnership HealthPlan of California y otras organizaciones y personas, tales como médicos, hospitales y planes de salud están obligadas por ley a mantener la información sobre mi salud confidencial (privada). Bajo la ley de California, el receptor de mi información médica tiene prohibido volver a divulgar (compartir) la información, excepto con una autorización por escrito o como específicamente es requerido o permitido por la ley.

También entiendo que si yo le otorgo permiso para compartir mi información de salud a una persona que legalmente no está obligado a mantenerla confidencial, ya no podría estar protegida por las leyes federales de privacidad.

SUS DERECHOS

Esta autorización para divulgar la información sobre su salud es voluntaria (no es obligatoria). El tratamiento, pago, inscripción o elegibilidad para beneficios no puede estar condicionado a la firma de esta autorización excepto en los siguientes casos:

- (1) para llevar a cabo tratamientos relacionados con investigación
- (2) para obtener información relacionada con la elegibilidad e inscripción en un plan de salud
- (3) para determinar la obligación de una entidad de pagar un reclamo
- (4) para crear información sobre la salud para proporcionársela a terceros

Esta autorización puede ser retirada y la revocada (anulada) en cualquier momento llamando a servicios al miembro al (800) 863-4155 o mandando por correo su solicitud firmada a:

Partnership HealthPlan de California (PHC)
 c/o Member Services Department
 4665 Business Center Drive
 Fairfield, CA 94534
 Fax: (707) 863-4415

La revocación entrará en vigor cuando la reciba PHC. Sin embargo, su anulación/revocación no afectará los derechos de cualquier persona que actúe bajo este consentimiento previo al aviso de la anulación/revocación.

Usted tiene derecho a recibir una copia de esta autorización.

Firma

Fecha

Nombre en letra de molde

Relación con el miembro