



Autorización para divulgar información médica

Información importante

Para permitir que Partnership HealthPlan of California, u otra entidad, divulgue su información médica, primero debe dar su autorización. Por favor, complete este formulario y envíelo a:

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

Información del miembro

Nombre:	Apellido:
Dirección:	
Número de teléfono:	Fecha de nacimiento:
ID/CIN del miembro:	

Solicito (pido) y autorizo _____ a divulgar la información médica verificada a continuación del miembro mencionado anteriormente a la persona o entidad nombrada a continuación:

Nombre:			
Dirección:			
Número de teléfono:			
Número de fax:			
Para los siguientes usos/fines específicos:	<input type="checkbox"/> Uso personal	<input type="checkbox"/> Legal	<input type="checkbox"/> Compensación de Trabajadores
	<input type="checkbox"/> Elegibilidad	<input type="checkbox"/> Discapacidad	<input type="checkbox"/> Tratamiento médico
Fecha(s) específica(s) de servicio:	De: _____ A: _____		

**Esta autorización se limita a la información médica que se indica a continuación:
(Tenga en cuenta: La información médica delicada a continuación
requiere una firma por separado).**

Copias de registros o información médica *excepto* información de salud delicada.

Copias de registros o información médica, *incluida* la información delicada que se indica a continuación.

Tratamiento de salud mental/conductual

Tratamiento de enfermedades de transmisión sexual

Firma del miembro o representante personal

Firma del miembro o representante personal

Tratamiento de trastornos por el uso de sustancias

Descripción de la información sobre trastornos por consumo de sustancias:

Firma del miembro o representante personal

Información médica relacionada con el siguiente proveedor médico, tratamiento o afección médica específica: _____

Vencimiento de la autorización

Esta autorización vencerá (terminará) exactamente en un año, a menos que elija una fecha diferente a continuación.

Esta autorización vencerá en esta fecha (se requiere una fecha): _____

Firma del miembro

Entiendo que Partnership HealthPlan of California y otras organizaciones e individuos, como médicos, hospitales y planes de salud, están obligados por ley a mantener mi información médica confidencial (privada). Según la ley de California, el destinatario de mi información médica tiene prohibido volver a divulgar (compartir) la información, excepto con una autorización por escrito o según lo exija o permita específicamente la ley.

También entiendo que si doy permiso para compartir mi información de salud a alguien que legalmente no está obligado a mantenerla confidencial, es posible que esta ya no esté protegida por las leyes federales de privacidad.

SUS DERECHOS

Esta autorización para divulgar información de salud es voluntaria (no es obligatoria).

El tratamiento, el pago, la inscripción o la elegibilidad para los beneficios no pueden estar condicionados a la firma de esta Autorización, excepto en los siguientes casos:

- (1) Llevar a cabo tratamientos relacionados con la investigación
- (2) Para obtener información relacionada con la elegibilidad o la inscripción en un plan de salud
- (3) Para determinar la obligación de una entidad de pagar un crédito
- (4) Crear información de salud para proporcionar a un tercero

Esta Autorización puede ser retirada y revocada (dada de baja) en cualquier momento llamando a Servicios al Miembro al **(800) 863-4155** o enviando su solicitud firmada a:

Partnership HealthPlan of California
Member Services Department
4665 Business Center Drive
Fairfield, CA 94534
Fax: (707) 863-4415

La revocación entrará en vigor cuando Partnership la reciba. Sin embargo, su retiro/revocación no afectará a los derechos de cualquier persona que actúe en virtud de este consentimiento antes de la notificación del retiro/revocación.

Tiene derecho a recibir una copia de esta autorización.

Firma

Fecha

Nombre en letra de molde

Relación con el miembro