

**AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR
INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA (PHI)**

Llene **TODAS** las secciones de este formulario para autorizar que CalOptima divulgue su información de salud protegida (Protected Health Information, PHI) a otra persona o agencia. Este formulario es **SOLAMENTE** para divulgar información. No le permitirá a nadie tomar decisiones sobre su atención médica.

SECCIÓN A: Información del miembro

Apellido: _____ Nombre: _____
 Número de CIN: _____ Fecha de nacimiento: _____
 Dirección: _____ *mes/día/año*

Calle/N.º de unidad Ciudad Estado Código postal

N.º de teléfono más conveniente para comunicarnos con usted: _____

Instrucciones: Marque una “X” en la casilla de la opción que seleccione.

SECCIÓN B: Información que se puede divulgar

Autorizo que CalOptima divulgue la siguiente información:

- Cualquier y toda la información relacionada con mi información de salud protegida
- Únicamente lo siguiente: (especifique lo que permite):

Autorizo la divulgación de la siguiente información de salud protegida:
 (Incluya sus iniciales en caso de marcar alguna de las siguientes casillas)

- Tratamientos de salud mental Iniciales: _____
- Tratamientos por el consumo de alcohol o drogas Iniciales: _____

AVISO: Estos detalles no serán divulgados a menos que usted lo autorice primero.

SECCIÓN C: Objetivo de esta autorización

Autorizo la divulgación de esta información para:

- Uso personal Legal
- Seguro Otro (especifique.): _____

SECCIÓN D: Persona o agencia autorizada para recibir esta información de salud protegida

Autorizo a CalOptima a compartir mi información de salud protegida con la persona o agencia que se menciona a continuación. Entiendo que esta autorización entra en vigor a partir del momento en que firmo y devuelvo este formulario. El representante que reciba la información debe ser mayor de 18 años de edad.

Persona/nombre de la agencia: _____

Relación con el miembro: _____ Teléfono: _____

SECCIÓN E: Mis derechos

- Puedo suspender esta autorización en cualquier momento, enviando una notificación por **escrito** a: CalOptima, Attn: Enrollment & Reconciliation, 505 City Parkway West, Orange, CA 92868.
- El envío de esta carta para suspender esta autorización no implicará cambios en la manera en que CalOptima haya usado o compartido mi información de salud protegida antes de recibir mi carta.
- La persona o agencia a la cual CalOptima le haya proporcionado mi información de salud protegida, podrá compartirla con otros. En este caso, es posible que mi información de salud protegida ya no esté protegida por las reglas de privacidad de la HIPAA.
- No tengo que llenar este formulario. Mi decisión de no llenar este formulario no afectará mis beneficios o los pagos realizados por mi atención médica.
- Tengo derecho a leer u obtener una copia de la información de salud protegida que se usará o compartirá a partir de esta autorización.
- Tengo derecho de recibir una copia de este formulario.

SECCIÓN F: Fecha de vencimiento de la autorización

Esta autorización de divulgación de información a la persona o agencia mencionada se vence el: _____ (evento o fecha específico).

**** La autorización no es válida si no se proporciona un evento o fecha de vencimiento específico. ****

SECCIÓN G: Firma

Entiendo que, para poder procesar mi solicitud, debo incluir con este formulario una copia de una identificación con fotografía (ID) válida emitida por el gobierno, una copia

de documentación de autoridad legal o firma certificada ante un notario.

Al firmar a continuación, declaro que he leído y entiendo el contenido de este formulario.

Firma del miembro/Representante personal _____

Fecha _____

Firma del padre/tutor: _____ Fecha: _____

Nombre en letra de molde del padre o tutor: _____ Relación: _____

CalOptima se reserva el derecho a solicitar documentación legal (por ejemplo, acta de nacimiento, orden judicial, entro otros) del padre/tutor que firma en nombre del miembro dependiente.

Representante personal solamente: ¿Qué derechos tiene para solicitar la información de salud?

Nombre en letra de molde: _____

- Conservador
- Albacea de testamento vital
- Administrador de patrimonio
- Poder duradero de atención médica
- Otro _____

Aviso: Debe incluir documentación legal para sustentar que usted es el conservador, albacea de testamento vital de un difunto o tiene autoridad médica para tomar decisiones para el individuo.

Devuelva este formulario a la siguiente dirección: CalOptima, Attn: Enrollment & Reconciliation, 505 City Parkway West, Orange CA 92868, o por fax al **1-714-338-3104**.

ALTO

Para uso específico de CalOptima (for CalOptima use only):

Staff

Name: _____ How was identity verified? In person/Phone

Signature: _____ Date verified: _____