

# Instrucciones para completar el Formulario de autorización para el uso y la divulgación de información médica confidencial de Highmark Health Options

## Sección A: Información sobre el miembro

1. Escriba el nombre y el apellido del miembro cuya información se divulga.
2. Escriba el número de identificación del miembro.
3. Escriba la dirección del miembro.
4. Escriba la fecha de nacimiento del miembro.
5. Escriba el número de teléfono del miembro.

## Sección B: Información a usar y divulgar

1. Marque la información que desea utilizar o compartir. Marque todos los que correspondan.
2. Tenga en cuenta que algunos registros requieren un permiso especial para su divulgación. Marque todos los que correspondan.
3. Marque quién está autorizado a divulgar la información. En la mayoría de los casos será **Highmark Health Options**.
4. Escriba quiénes tienen autorización para recibir la información. Como mínimo, incluya el nombre y la dirección.
5. Marque el motivo por el cual se utilizará o divulgará la información. En la mayoría de los casos, la información será utilizada o divulgada a **petición del miembro**.

## Sección C: Revocación de la autorización

1. Usted podrá revocar esta autorización en cualquier momento notificando su revocación por escrito a Highmark Health Options. La revocación de esta autorización no afectará ninguna medida que Highmark Health Options haya tomado en función de esta autorización antes de que recibamos su notificación por escrito. Puede enviar su revocación a:

Privacy Department  
Highmark Health Options  
PO Box 890419  
Camp Hill, PA 17089

2. A menos que se revoque de otra manera, esta autorización expirará al finalizar su cobertura con Highmark Health Options. Si desea que expire en una fecha diferente, escriba la fecha en las líneas proporcionadas al final de la Sección C.

## Sección D: Firma

1. Esta autorización debe ser firmada y fechada por el miembro cuya información debe divulgarse.
2. Si el miembro no puede firmar este formulario, el formulario podrá ser firmado y fechado por un representante personal con autoridad legal registrado en Highmark Health Options.

## **Sección E: Representante personal - Opcional**

Un representante personal es una persona con derecho a actuar en nombre de un miembro de Highmark Health Options en virtud de la ley pertinente. Esta sección solo deberá completarse si existe una persona con capacidad legal para firmar en nombre del miembro. Usted podrá suspender esta designación en cualquier momento por escrito.

1. Escriba el nombre completo del representante personal que el miembro elige designar.
2. Escriba el número de teléfono del representante personal.
3. Escriba la dirección del representante personal.
4. Escriba la relación del representante personal con el miembro.
5. Escriba el tipo de documento legal que le otorga autoridad a su representante personal para tomar decisiones en su nombre. Estos son algunos ejemplos: poder notarial, orden de custodia, tutela, albacea, etc.
6. Adjunte una copia del documento legal.

## **Padres y tutores legales**

Si usted es el padre, la madre o el tutor legal de un menor de edad, no necesitará completar esta autorización si nuestros registros muestran que usted es el jefe o la jefa de familia o disponemos de otra información que demuestre que usted es el padre, la madre o el tutor legal del menor. Si desea recibir una copia de los registros del menor, complete una Solicitud de acceso. Solo complete este formulario si desea que le enviemos la información a otra persona que no sea usted mismo.



## Autorización para usar y divulgar información médica confidencial

### Sección A: Información sobre el miembro (en letra de imprenta)

|                     |                        |
|---------------------|------------------------|
| Nombre del miembro: | Núm. de ID de miembro: |
| Dirección:          |                        |
| Fecha de nac.:      | Teléfono:              |

### Sección B: Información para usar y divulgar (marque todas las opciones que correspondan)

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Información de inscripción<br><input type="checkbox"/> Información sobre reclamos<br><input type="checkbox"/> Información sobre pagos<br><input type="checkbox"/> Información de atención administrada (Coordinación de Atención Médica, Gestión de casos)<br><input type="checkbox"/> Explicación de los beneficios<br><input type="checkbox"/> Expedientes clínicos<br><input type="checkbox"/> Todos los registros<br><input type="checkbox"/> Otro (especifique): | Algunos registros requieren un permiso especial para su divulgación. Solicito la divulgación de los registros correspondientes a:<br><input type="checkbox"/> Embarazo<br><input type="checkbox"/> Planificación familiar<br><input type="checkbox"/> Salud mental/conductual<br><input type="checkbox"/> Discapacidades del desarrollo<br><input type="checkbox"/> Pruebas y/o tratamientos relacionadas con el VIH/SIDA<br><input type="checkbox"/> Enfermedades de transmisión sexual<br><input type="checkbox"/> Alcoholismo/drogadicción |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

Persona autorizada para usar o divulgar la información:  Highmark Health Options

|                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Persona que recibirá la información:</b><br>(Especifique)<br><br>Nombre:<br><br>Dirección: | <b>Motivo por el cual se utilizará o divulgará la información:</b><br><input type="checkbox"/> A pedido del miembro<br><input type="checkbox"/> Coordinación de atención médica del cónyuge o un dependiente<br><input type="checkbox"/> Requisitos/beneficios del seguro de salud<br><input type="checkbox"/> Resolución de reclamos<br><input type="checkbox"/> Atención médica adicional<br><input type="checkbox"/> Otro (especifique): |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

### Sección C: Revocación de la autorización

Entiendo que podré revocar esta autorización en cualquier momento notificando mi revocación por escrito a Highmark Health Options. Entiendo que la revocación de esta autorización no afectará ninguna medida que Highmark Health Options haya tomado en función de esta autorización antes de recibir mi notificación por escrito. Además, entiendo que sin mi autorización por escrito, Highmark Health Options no podrá usar ni divulgar mi información médica por ninguna razón, excepto aquellas descritas en el Aviso sobre prácticas de privacidad de Highmark Health Options. A menos que se revoque de otra manera, esta autorización expirará:

Al término de mi cobertura  Otra fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

### Sección D: Firma

Entiendo que la autorización de divulgación de información médica se realiza de forma voluntaria. Para recibir servicios de atención médica no es necesario que firme esta autorización, excepto si el único propósito de prestarme un servicio es obtener información médica para divulgarla a otra persona; en tal caso, deberé autorizar dicha divulgación para recibir el servicio.

Entiendo que la autorización de divulgación no condicionará mis tratamientos, pagos, inscripción o requisitos para recibir beneficios, a menos que esta autorización se solicite con el propósito de determinar si reúno los requisitos para recibir beneficios o para la inscripción; en tal caso, deberé autorizar a Highmark Health Options a obtener la información necesaria.

Entiendo que tengo derecho de revocar esta autorización en cualquier momento enviando una notificación a la dirección que se indica más abajo. Entiendo que Highmark Health Options aún podrá divulgar información si ya ha tomado medidas en función de esta autorización.

Privacy Department  
Highmark Health Options  
PO Box 890419  
Camp Hill, PA 17089

Entiendo que en virtud de la ley federal no tendré que autorizar a Highmark Health Options a recibir informes privados de sesiones de psicoterapia que conserve un profesional de salud mental, como condición de pago, inscripción en un plan de salud o requisitos para recibir beneficios.

Entiendo que la información divulgada en virtud de esta autorización podrá ser divulgada nuevamente por el destinatario, y esta divulgación posterior puede no estar protegida por la ley federal o estatal.

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Si esta autorización es firmada por una persona en nombre del miembro que se indica en la parte superior de este formulario, adjunte el documento (es decir, poder legal general) que verifique la autoridad del firmante para actuar en nombre del miembro.

**Si usted es un representante personal que completa el formulario en nombre de un miembro de Highmark Health Options, escriba a continuación la relación y la razón legal que le otorga este derecho (es decir, poder notarial, tutela, etc.). Si no lo ha hecho, deberá llenar la Sección E de este formulario, a continuación.**

|                                      |                          |
|--------------------------------------|--------------------------|
| Si no es miembro, escriba su nombre: | Relación con el miembro: |
|--------------------------------------|--------------------------|

|                             |                     |
|-----------------------------|---------------------|
| Figura jurídica registrada: | Número de teléfono: |
|-----------------------------|---------------------|

Dirección:

**Sección E: Representante personal (Opcional):** Usted tiene la opción de elegir un representante personal para que actúe en su nombre. Si no desea elegir un representante personal, o si ya tiene uno, deje esta sección en blanco.

|                |                  |
|----------------|------------------|
| <b>Nombre:</b> | <b>Teléfono:</b> |
|----------------|------------------|

|                                                                   |                                 |
|-------------------------------------------------------------------|---------------------------------|
| <b>Dirección:</b> (Incluya calle, ciudad, estado y código postal) | <b>Relación con el miembro:</b> |
|-------------------------------------------------------------------|---------------------------------|

**Tipo de documentación:** Este formulario se deberá acompañar de una copia de un poder notarial u otro documento iniciado por un tribunal para que pueda ser procesado. Adjunte la documentación correspondiente: poder notarial, orden de custodia, tutela, albacea, etc.

**Usted tiene derecho a conservar una copia de esta autorización después de firmarla.**

Highmark Health Options | PO Box 890419 | Camp Hill, PA 17089-1222 | 1-844-325-6251

## Discrimination Is Against the Law

Highmark Health Options complies with applicable Federal civil rights laws and regulations and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability, health status, sex, sexual orientation or gender identity. Highmark Health Options does not exclude people or treat them differently because of race, color, national origin, age, disability, health status, sex, sexual orientation or gender identity.

You can file a civil rights complaint with the U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights electronically through the Office for Civil Rights Complaint Portal, available at <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, or by mail or phone at:

U.S. Department of Health and Human Services  
200 Independence Avenue, SW  
Room 509F, HHH Building  
Washington, D.C. 20201  
1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)

Complaint forms are available at <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

## Help in Your Language

Highmark Health Options provides:

- Free aids and services to people with disabilities to communicate effectively with us, such as:
  - Qualified sign language interpreters.
  - Written information in other formats (large print, Braille, audio, accessible electronic formats, other formats).
- Free language services to people whose primary language is not English, such as:
  - Qualified interpreters.
  - Information written in other languages.

ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call the number on the back of your ID card (TTY: 711).

ATENCIÓN: Si usted habla español, se encuentran disponibles servicios de asistencia con el idioma sin costo alguno para usted. Llame al número que figura al dorso de su tarjeta de identificación (TTY: 711).

Si w pale kreyòl ayisyen, gen sèvis èd pou lang ki disponib gratis pou ou. Rele nimewo ki sou do kat idantifikasyon w lan (TTY: 711).

注意：如果您讲中文，可以免费为您提供语言协助服务。拨打您的卡背面的号码（听障人士专用号码：(TTY: 711)）。

注：英語を話す場合は、無料の言語支援サービスを利用できます。あなたのIDカードの裏面（：711 TTY）の番号を呼び出します。

ધ્યાન આપશો: જો તમે ગુજરાતી બોલતા હોવ તો, તમારા માટે ભાષા સહાયતા સેવાઓ મફતમાં ઉપલબ્ધ છે. તમારા આઈડી કાર્ડની પાછળ આપેલા નંબર પર ફોન કરો (TTY: 711).

ATTENTION: Si vous parlez français, des services d'assistance linguistique vous sont offerts gratuitement. Veuillez appeler le numéro qui se trouve au verso de votre carte d'identification (TTY : 711).

주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 카드 뒷면의 번호로 전화하십시오 (TTY: 711).

ATTENZIONE: Se parla italiano, per Lei sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Chiami il numero presente sul retro della Sua carta di identificazione (TTY: 711).

LUU Ý: Nếu quý vị nói Tiếng Việt, luôn có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ được cung cấp miễn phí cho quý vị. Vui lòng gọi số điện thoại trên mặt sau của thẻ nhận dạng của quý vị (TTY: 711).

ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, steht Ihnen kostenlose Unterstützung in Ihrer Sprache zur Verfügung. Wählen Sie hierfür bitte die Nummer auf der Rückseite Ihrer Ausweiskarte (TTY: 711).

PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, may maaari kang kuning mga libreng serbisyo ng tulong sa wika. Tawagan ang numero sa likod ng iyong card (TTY: 711).

कृपया ध्यान दें: यदि आप हिनदी बोलते हैं, तो भाषा सहायता सेवाएं आपके लिए नशुल्क उपलब्ध हैं। अपने पहचान कार्ड के पीछे दिए गए नंबर पर कॉल करें (TTY: 711)।

உயர்வுகளைப் பெறும், உதவியைத் தரும்/உதவியை/உதவியை, உதவியைப் பெறும், உதவியைப் பெறும், உதவியைப் பெறும், உதவியைப் பெறும், உதவியைப் பெறும், உதவியைப் பெறும் (TTY: 711).

تدعاسملا تامدخ ناف، ةببرعلا ةغللا تدحتت تنك اذا، ةببنت ةقاطب رمظ ةلع نودملا مقرلا ةلع لصتا. ناسملا اب لكل ةحاتم ةيوغللا (TTY: 711).

గమనక: మురు తులుగు ముటు లుడు వారతై, భూష సహాయక సువులు, ఖర ము లుకుండు, మురు లభు సుతు ను నాయు. ము ఐడు కారు డుకు (TTY: 711) వునుక వుమ ఉను న నంబర్ కు ఫును వుయండు.