

# AUTORIZACIÓN DE DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN SOBRE LA SALUD PROTEGIDA

Por el presente autorizo a CareAllies®,\* sus agentes o subsidiarias a divulgar la Información sobre la salud protegida (PHI, por sus siglas en inglés) que se especifica a continuación, a las personas físicas o jurídicas designadas en este formulario.

**Tenga en cuenta que:** Este formulario no es necesario para todas las divulgaciones de su PHI. Por ejemplo, este formulario no será necesario para divulgar información a:

- los padres de hijos menores u otros dependientes
- el Representante personal registrado en CareAllies

Divulgaremos determinada PHI acerca de usted a estas personas en caso de que lo soliciten, si completan satisfactoriamente un proceso de verificación de la identidad cuando llamen. Escriba sus respuestas con letra de molde en este formulario. **Se deben completar todas las secciones para que esta autorización sea válida.**

## 1. Verificación

**ID del Miembro/Participante:** *(La siguiente información es necesaria para verificar la identidad).*

Nombre del Cliente cuya información se divulgará: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Dirección del Cliente: \_\_\_\_\_

Número de teléfono donde podemos encontrarlo si necesitamos comunicarnos con usted para procesar su solicitud (obligatorio): \_\_\_\_\_

N.º del Seguro Social (opcional): \_\_\_\_\_ N.º de tarjeta de ID del Cliente (si corresponde): \_\_\_\_\_

N.º de grupo o cuenta que aparece en la tarjeta de ID: \_\_\_\_\_

Nombre del Suscriptor (si difiere del Cliente): \_\_\_\_\_

Empleador del suscriptor: \_\_\_\_\_ Relación del Suscriptor con el Cliente: \_\_\_\_\_

N.º del Seguro Social del Suscriptor (si difiere del Cliente) (opcional): \_\_\_\_\_

**Si tiene cobertura adicional, además de la descrita arriba, proporcione también la siguiente información:**

Nombre del otro Empleador: \_\_\_\_\_

N.º de tarjeta de ID del Cliente: \_\_\_\_\_

N.º de grupo o cuenta que aparece en la tarjeta de ID: \_\_\_\_\_

¿Esta solicitud se aplica a toda la cobertura?  Sí  No



## 2. Descripción de la información que se divulgará

Especifique qué información desea divulgar marcando uno o más casilleros a continuación. Si desea otorgar acceso limitado (es decir, fechas de servicio específicas, cuestiones específicas relacionadas con la administración de casos, etc.), especifíquelo en el espacio provisto.

- Reclamos: \_\_\_\_\_
- Elegibilidad/Beneficios: \_\_\_\_\_
- Registros médicos: \_\_\_\_\_
- Administración de casos: \_\_\_\_\_
- Todos los registros sobre la salud (incluye todos los anteriores): \_\_\_\_\_
- Otra: \_\_\_\_\_

A menos que se indique lo contrario, mi autorización incluye la divulgación de lo siguiente: (*Tache lo que desee excluir, si corresponde*).

- Diagnóstico y/o tratamiento de alcoholismo y/o abuso o dependencia de las drogas
- Diagnóstico y/o tratamiento de enfermedades mentales
- Resultados de análisis de anticuerpos contra el VIH y/o diagnóstico y tratamiento del SIDA
- Información de pruebas genéticas

**Residentes de Oklahoma:** La información cuya divulgación se autoriza puede incluir registros relacionados con una enfermedad contagiosa o venérea, entre las cuales se incluyen, a modo de ejemplo, enfermedades como la hepatitis, sífilis, gonorrea y VIH/SIDA. Es posible que pueda contar con protecciones adicionales en virtud del artículo 1-502.2 del Compendio de Leyes de Oklahoma si se divulgará este tipo de información.

## 3. Persona física o jurídica autorizada a recibir información

Nombre: \_\_\_\_\_ Compañía (si corresponde): \_\_\_\_\_

Dirección de la persona física o jurídica autorizada a recibir la información: \_\_\_\_\_

## 4. Finalidad de esta autorización de divulgación de información

- A pedido del titular
- Otra (describa) \_\_\_\_\_

Si no se especifica la fecha de vencimiento en este formulario, su autorización vencerá al cabo de un año, y será necesario que presente una nueva autorización en ese momento.

## 5. Vencimiento de esta autorización

Esta autorización vence: \_\_\_\_\_ (fecha o acontecimiento).

Si indica un acontecimiento en lugar de una fecha específica, será necesario que envíe un formulario de revocación cuando se produzca el acontecimiento.

Nota para clientes en los siguientes estados: Si vive en **Arizona, California, Georgia, Illinois, Massachusetts, Montana** o **Minnesota**, su autorización será válida por un máximo de un año. Las autorizaciones firmadas por residentes de **Virginia** serán válidas por un máximo de dos años. Los Clientes que vivan en esos estados y quieran autorizar la divulgación de su información personal por un período más largo tendrán que enviar una nueva autorización en el momento en que venza esta autorización.

## Tenga en cuenta que:

- La información divulgada en virtud de esta autorización puede ser divulgada nuevamente por el destinatario, y es posible que deje de estar protegida por las reglamentaciones sobre privacidad federales.
- Si la información suministrada en este formulario no está completa, CareAllies le devolverá el formulario, y esta solicitud no será tenida en cuenta hasta tanto CareAllies reciba la información completa.
- Si se modifica su ID de Cliente o la fecha de nacimiento, será necesario que complete otro formulario en ese momento.
- Si el Cliente o Grupo se cambia a un tipo de cobertura de beneficios de cuidado de la salud diferente brindada por CareAllies, será necesario que complete otro formulario en ese momento.
- Podrá modificar o revocar esta solicitud enviando una solicitud por escrito a CareAllies, Central HIPAA Unit, a la dirección que se indica a continuación.
- La prestación de tratamiento, el pago, la inscripción o los requisitos que se deben cumplir para recibir beneficios no dependen de que usted firme esta autorización.

He leído y comprendo la información incluida más arriba.

Mi firma autoriza la divulgación de la información descrita.

## 6. Firma del Cliente, Representante personal, padre/tutor que autoriza la divulgación:

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

Relación si la persona que firma no es el

Cliente cuya información se usará y divulgará: \_\_\_\_\_

- Si esta solicitud es realizada por un Representante personal, le pediremos un comprobante para verificar la competencia de ese Representante personal antes de que esta solicitud se considere completa.
- Si la solicitud es realizada por un padre/tutor, complete lo siguiente: El Cliente es un menor de \_\_\_\_\_ años de edad. Si está realizando esta solicitud en nombre de un menor de edad, es posible que pidamos información adicional antes de que esta solicitud se considere completa.

**Le recomendamos que conserve una copia del formulario completado para sus archivos. CareAllies conservará una copia y la pondrá a su disposición cuando lo solicite.**

## Envíe este formulario completado:

**Por correo a:** CareAllies PRIVACY OFFICE HIPAA UNIT,  
PO Box 188014,  
Chattanooga, TN 37422

**Fax:** 877.815.4827 o al 859.410.2419



"CareAllies" es una marca de servicio registrada de Cigna Intellectual Property, Inc., cuya licencia de uso poseen Cigna Corporation y sus subsidiarias operativas. Todos los productos y servicios son brindados exclusivamente por dichas subsidiarias operativas y no por Cigna Corporation. Dichas subsidiarias operativas incluyen a International Rehabilitation Associates, Inc. (Intracorp), Evernorth Care Solutions, Inc., Behavioral Health, Inc. y vielife Limited. Los modelos se usan con fines ilustrativos únicamente.