

# Consentimiento para divulgar la información de salud protegida (PHI, por sus siglas en inglés)

**Nota:** Si esta autorización está firmada por el representante del paciente, adjunte una declaración de la autoridad del representante para actuar en nombre de la persona.

## Información de miembro (la persona cuya información será divulgada):

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Identificación de miembro: \_\_\_\_\_ Plan de salud: \_\_\_\_\_ Numero de teléfono: \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_

Entiendo que puedo negarme a firmar esta autorización y que mi negativa a firmar no afectará mi elegibilidad para los beneficios del plan o mi capacidad para obtener tratamiento o pago.

**Divulgación completa:** Toda información de salud protegida que Foundation for Medical Care y sus compañías afiliadas mantiene, incluidos registros de trastornos de salud mental, VIH, estado de salud o uso de sustancias o trastornos.

**Divulgación limitada:** Usted especifica qué información de salud protegida compartir. Por ejemplo, información sobre la condición o el tratamiento, un intervalo de fechas específico o un tipo de producto. A menos que limite por tipo de producto, la información se aplicará a todos los productos y servicios. Si seleccionó Divulgación limitada, indique qué producto(s) se aplica(n):

\_\_\_\_\_  Cobertura de servicios médicos o para medicamentos recetados     Visión     Dental

## Representante legal (Persona u Organización que represente (a) la Miembro):

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

O, si es una organización: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_ Numero de teléfono: \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_

Parentesco/Relación:     Cónyuge     Hermano(a)     Padre/Madre     Hijo(a)     Agente/Corredor  
    Amigo(a)     Organización

Entiendo que puedo revocar esta autorización, en cualquier momento, enviando una solicitud por escrito al contacto de privacidad identificado a continuación. Soy consciente de que una revocación no tendrá ningún efecto sobre ningún uso o divulgación de la Información médica protegida (PHI) por parte del Plan antes de que reciba la reacción.

Esta autorización vence el \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ o hasta que sea revocado por escrito.

**Firma del afiliado o del representante legal:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_