



## Autorización para Divulgar Información Médica

### Aviso para el miembro:

- Al completar este formulario, le permitirá al plan compartir su información médica con la persona o el grupo que usted elija.
- No tiene que completar este formulario ni otorgar permiso para compartir su información médica. Sus servicios y beneficios no cambiarán si no firma este formulario.
- Si desea cancelar este formulario de autorización, complete el Formulario de Revocación disponible en la página siguiente y envíelo por correo postal a la dirección que se indica a continuación.
- Coordinated Care no puede garantizar que la persona o el grupo que usted elija no compartirá su información con otra persona.
- Conserve una copia de todos los formularios que nos envíe. Podemos enviarle copias si las necesita.
- Rellene todos los datos del formulario. **Puede enviarnos el formulario por correo postal o fax.**

### Información del Miembro:

Nombre del miembro (en letra de imprenta): \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento del miembro: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

N.º de ID del miembro: \_\_\_\_\_

**Doy permiso para que se comparta mi información médica con la persona o el grupo que se indica a continuación. El propósito de la autorización es ayudarme con mis beneficios y los servicios.**

### Información del Receptor:

Nombre (persona o grupo): \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

### Coordinated Care puede compartir la siguiente información médica: (marque todas las casillas que correspondan)

- toda mi información médica; **O**
- toda mi información médica, EXCEPTO los siguientes tipos de información:
- Información sobre
- fármacos/medicamentos recetados
- Información sobre SIDA o VIH
- Información sobre el tratamiento del abuso de alcohol o sustancias Información sobre servicios de salud mental o atención psiquiátrica
- Otra: \_\_\_\_\_

**Esta autorización finalizará 1 año después de la fecha en que se firmó o en el momento en que deje de ser miembro de Ambetter from Coordinated Care, a menos que se cancele antes.**

Firma del miembro: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
(Firma del miembro o representante legal)

Si firma en nombre del miembro, describa su relación a continuación. Si usted es el delegado personal del miembro, indíquelo a continuación y envíenos copias de los formularios (como el poder notarial o la orden de tutela).

**Coordinated Care, Attn: Compliance Department**

1145 Broadway, Suite 300, Tacoma, WA 98402

**Fax: 1-877-644-4602 | Member Services: 1-877-687-1197 (TTY/TDD 877-941-9238)**



## Revocación de la Autorización para Divulgar Información Médica

Deseo cancelar el permiso que otorgué para compartir mi información médica con esta persona o grupo:

### Información del Receptor:

Nombre (persona o grupo): \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Fecha de firma de la autorización original (si se conoce): \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

### Información del Miembro:

Nombre del miembro (en letra de imprenta): \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento del miembro: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

N.º de ID del miembro: \_\_\_\_\_

**Sé que es posible que mi información médica ya haya sido compartida debido al permiso que otorgué anteriormente. También sé que esta cancelación solo se aplica al permiso que otorgué para compartir mi información médica con esta persona o grupo y que, por lo tanto, no cancela ningún otro formulario de autorización que haya firmado para que la información médica se comparta con otra persona o grupo.**

Firma del miembro: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
(Firma del miembro o representante legal)

Si firma en nombre del miembro, describa su relación a continuación. Si usted es el delegado personal del miembro, indíquelo a continuación y envíenos copias de los formularios (como el poder notarial o la orden de tutela).

El plan dejará de compartir su información médica en cuanto recibamos este formulario. **Puede enviarnos el formulario por correo postal o fax.** Si desea recibir ayuda, también puede llamar a Servicios para Miembros al 1-877-687-1197 (TTY/TDD: 877-941-9238).

Envíe por correo postal a:  
**Coordinated Care, Attn: Compliance Department**  
1145 Broadway, Suite 300, Tacoma, WA 98402

Fax: **1-877-644-4602** | Servicios para Miembros: 1-877-687-1197 (TTY/TDD: 877-941-9238)