

Autorización para divulgar información de salud



Aviso para afiliados:

Si completa este formulario, nos autorizará a compartir su información de salud con la persona o el grupo que usted elija.

- No está obligado a firmar este formulario ni extender una autorización para que se comparta su información de salud. Los servicios y los beneficios que recibe no cambiarán si se niega a firmar este formulario.
- Si desea cancelar este Formulario de Autorización, complete el Formulario de Cancelación que se encuentra en la página siguiente. Envíelo por correo a la dirección que figura más abajo.
- Coordinated Care Corporation no puede garantizar que la persona o el grupo que usted elija no compartirá su información con un tercero.
- Guarde una copia de todos los formularios que nos envíe. Podemos enviarle copias si las necesita.
- Complete toda la información solicitada en este formulario. Cuando termine, envíelo por correo a **Coordinated Care Compliance Department
1145 Broadway, Suite 700
Tacoma, WA 98402**

Información del afiliado:

Nombre del afiliado (en letra de imprenta): _____

Fecha de nacimiento del afiliado: ____/____/____ N.º de identificación del afiliado: _____

Autorizo a que se comparta mi información de salud con la persona o el grupo que figura a continuación. Esta autorización tiene como propósito ayudarme con mis beneficios y servicios.

Información del destinatario:

Nombre (persona o grupo): _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: ____ Teléfono: (____) ____ - ____

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

- Toda mi información de salud.
- Toda mi información de salud, EXCEPTO:
 - Información sobre medicamentos recetados u otros medicamentos.
 - Información sobre el sida o el VIH.
 - Información sobre tratamientos de abusos de sustancias o alcohol.
 - Información sobre servicios de salud conductual o atención psiquiátrica.
 - Otra información: _____

La autorización tendrá una vigencia de un (1) año a partir de la fecha de la firma o hasta que la persona deje de ser afiliado de Coordinated Care, a menos que se cancele.

Firma del afiliado: _____ Fecha: ____/____/____
(Firma del afiliado o de su representante legal)

Si firma en representación del afiliado, describa su vínculo a continuación. Si es el delegado personal del afiliado, indíquelo a continuación y envíenos copias de los formularios que lo acrediten (por ejemplo, poder notarial u orden de tutela).

Si tiene preguntas, necesita ayuda para entender este formulario o precisa un formulario en un idioma o un formato distintos, póngase en contacto con el Departamento de Servicios para Afiliados: 1-877-687-1197 (TTY: 711); Fax: 1-877-644-4602.