

Autorización para el Uso y la Divulgación de Información Médica

AVISO PARA EL AFILIADO:

- Cuando completa este *Formulario*, autoriza a que Community Health Plan of Imperial Valley (i) utilice su información médica con un propósito determinado. Y también autoriza a que Community Health Plan of Imperial Valley (ii) comparta su información médica con la persona o entidad que usted indica en este *Formulario*.
- No es obligatorio que firme este *Formulario* o que dé su consentimiento para usar o compartir su información médica. Los servicios y beneficios que Community Health Plan of Imperial Valley brinda **no cambiarán si no lo hace**.
- Derecho a cancelar (revocar): El presente *Formulario de Consentimiento/Autorización* puede revocarse en cualquier momento, a menos que Community Health Plan of Imperial Valley o cualquier otra persona que tenga derecho a poseer y a compartir su información médica ya haya actuado según su consentimiento. Si quiere anularlo, complete el *Formulario de Revocación* y envíelo a la dirección que aparece al final de la página.
- Community Health Plan of Imperial Valley no puede garantizar que la persona o el grupo con quien usted nos permita compartir su información médica no la comparta con un tercero.
- Guarde una copia de todos los formularios que nos envía. Podemos enviarle copias, si las necesita.
- Complete todo el *Formulario*. Cuando termine, envíelo por correo a la dirección que aparece al final de la página 3.

Información del afiliado

Nombre del afiliado (en letra de imprenta):

Fecha de nacimiento del afiliado:

/ /

N.º de identificación del afiliado:

Autorizo a que Community Health Plan of Imperial Valley utilice mi información médica con el propósito mencionado. Asimismo doy mi consentimiento para que mi información médica se comparta con la persona o el grupo mencionado a continuación. El propósito de esta autorización es el siguiente:

- Permitir que Community Health Plan of Imperial Valley me ayude con los beneficios y servicios.**
- Autorizar a Community Health Plan of Imperial Valley a que use o comparta mi información médica para _____.**

Persona o grupo que recibirá la información (incluya personas o grupos adicionales en la página 3)

Nombre (de la persona o grupo):

Dirección:

Ciudad:

Estado:

Código postal:

Teléfono:

(continúa)

Autorizo a Community Health Plan of Imperial Valley a que use o comparta la información médica que se indica a continuación:

- Toda mi información médica. Esto incluye:
- Resultados de pruebas, información y servicios genéticos.
 - Cuidados relacionados con la afirmación del género.
 - Información y registros sobre infecciones de transmisión sexual (por ejemplo, el VIH o sida).
 - Información sobre trastornos por abuso de sustancias (datos vinculados con el alcohol o los medicamentos que requieren receta médica).
 - Información y registros sobre salud mental y del comportamiento (excepto las notas de psicoterapia).
 - Datos sobre salud reproductiva y sexual (incluye todos los servicios de planificación familiar y los asociados con el embarazo).

O BIEN

- Toda mi información médica, EXCEPTO (marque todas las opciones que correspondan):**
- Resultados de pruebas, información y servicios genéticos.
 - Cuidados relacionados con la afirmación del género.
 - Información y registros sobre infecciones de transmisión sexual (por ejemplo, el VIH o sida).
 - Información sobre trastornos por abuso de sustancias (datos vinculados con el alcohol o los medicamentos que requieren receta médica).
 - Información y registros sobre salud mental y del comportamiento (excepto las notas de psicoterapia).
 - Datos sobre salud reproductiva y sexual (incluye todos los servicios de planificación familiar y los asociados con el embarazo).
 - Otro: _____

Vencimiento de la autorización

Esta autorización finalizará el / / (dd/mm/aa). Tendrá validez únicamente por un año. Si no se especificó una fecha, la autorización finalizará un año después de la fecha indicada a continuación.

Firma del afiliado (el afiliado o el representante legal debe firmar aquí):	Fecha: / /
---	--------------------

Si firma en nombre del afiliado, a continuación describa de dónde lo conoce. Si usted es el representante personal del afiliado, indíquelo a continuación. Y envíenos copias de los formularios que lo respalden (p. ej., un poder legal o una orden de tutela).

(continúa)

Personas o entidades adicionales que recibirán esta información

Nota: Si usted da su consentimiento para divulgar cualquier registro relacionado con trastornos por abuso de sustancias a una persona o entidad que no sea:

- un tercero responsable,
- un proveedor de atención de salud,
- un centro,
- un programa donde recibe servicios de un proveedor tratante (p. ej., el mercado de seguros de salud o un instituto de investigación), denominado de aquí en adelante “entidad receptora”,

debe especificar el nombre de la persona con quien, o la entidad en la cual, usted recibe servicios de un proveedor tratante en esa entidad receptora.

O simplemente indique que sus registros relacionados con trastornos por abuso de sustancias pueden divulgarse a sus proveedores de tratamiento actuales y futuros en esa entidad receptora.

Nombre (de la persona o grupo):

Dirección:

Ciudad:

Estado:

Código postal:

Teléfono:

Nombre (de la persona o grupo):

Dirección:

Ciudad:

Estado:

Código postal:

Teléfono:

Nombre (de la persona o grupo):

Dirección:

Ciudad:

Estado:

Código postal:

Teléfono:

Envíe el *Formulario* completo por correo a la siguiente dirección:

Community Health Plan of Imperial Valley
Privacy Office
P.O. Box 9103
Van Nuys, CA 91409

Teléfono: 1-833-236-4141 (TTY 711)

Fax: 818-676-8314