

Autorización para divulgación de información



Lea con atención las instrucciones antes de completar este formulario.

Cuándo utilizar este formulario

Debe completar este formulario para autorizar a Prime Therapeutics a compartir información sobre usted con otra persona.

Nota: Según la ley, una autorización para el uso o la divulgación de notas de psicoterapia no puede combinarse con una autorización para otra información de atención médica.

Para completar este formulario

- Complete el nombre/la dirección, los números de identificación/de grupo y la fecha de nacimiento del asegurado.
- Complete el nombre, la dirección y el número de teléfono de la persona aprobada para recibir la información.
- Indique el propósito de esta autorización, a menos que sea a pedido del asegurado o del representante personal del asegurado.
- Una de las siguientes personas debe firmar este formulario:
 - Asegurado
 - Padre/madre o tutor legal de un menor, excepto† si se divulgará alguna de las siguientes categorías de información:
 - › Embarazo
 - › Enfermedades de transmisión sexual
 - › Abuso de alcohol o drogas
 - › Aborto
 - › Vacuna contra la hepatitis B
 - › Enfermedad mental de un menor
 - Representante personal
 - › Debe proporcionar documentos de situación legal (p. ej., poder notarial para asuntos médicos)

† Para estos tipos de registros, el menor debe firmar la autorización.

Envíe este formulario por fax o correo postal a la siguiente dirección: Prime Therapeutics LLC
Attention: Authorization Form Processing
P.O. Box 64812
St. Paul, MN 55164-0812
Fax: 877.254.3794

Autorización para divulgación de información

Información del asegurado (persona que autoriza la divulgación de información) * Información obligatoria

Nombre del asegurado* _____ Fecha de nacimiento* _____

Dirección del asegurado* _____

Número de asegurado* _____ Número de grupo _____

Con mi firma a continuación, autorizo la divulgación del historial de recetas médicas y otra información médica sobre mí identificada a continuación (“Mi información”) que Prime Therapeutics LLC crea o conserva, tal como se describe en este formulario. Mi información puede incluir mi nombre, dirección, fecha de nacimiento y estado e información de membresía del plan.

Prime Therapeutics, en nombre de mi cobertura médica, **puede divulgar Mi información a la siguiente persona:**

Nombre* _____ Número de teléfono* _____

Dirección* _____

Correo electrónico _____ Número de fax _____

Mi información que se puede divulgar (marque una o más opciones)

Fechas de los servicios

		Desde:	A:
<input type="checkbox"/> Información sobre beneficios de la cobertura médica:	Incluye información contenida en el certificado de beneficios y servicios médicos (es decir, copagos, coseguro, elegibilidad y otra información sobre beneficios).	_____	_____
<input type="checkbox"/> Reclamaciones:	Incluye información relacionada con el pago de sus reclamaciones de recetas médicas por el servicio que recibió, incluida la información pertinente en un formulario de reclamación (es decir, cantidad facturada, descripciones de procedimientos generales para el pago de reclamaciones o motivos de rechazo, etc.).	_____	_____
<input type="checkbox"/> Información de determinación de cobertura:	Incluye cualquier información relacionada con las decisiones de cobertura.	_____	_____
<input type="checkbox"/> Financiera:	Incluye información relacionada con los costos asociados con las reclamaciones de medicamentos, etc.	_____	_____
<input type="checkbox"/> Servicios de (farmacia o la persona que receta):	_____	Nombre de la farmacia o la persona que receta: _____	
<input type="checkbox"/> Otra	_____		

Mi información confidencial que puede divulgarse

Debe escribir sus iniciales en las líneas a continuación si autoriza la divulgación de información médica, resultados de pruebas, registros o comunicaciones con respecto a cualquiera de los siguientes datos de salud confidenciales.

(Nota: las iniciales significan que la información se incluye en las categorías que designó anteriormente):

- | | Iniciales |
|--|------------------|
| • Virus de inmunodeficiencia humana (VIH) o VIH/Síndrome de inmunodeficiencia adquirida. | _____ |
| • Enfermedades contagiosas o de transmisión sexual (incluye hepatitis y enfermedades venéreas). | _____ |
| • Abuso de drogas, alcohol o sustancias. | _____ |
| • Discapacidades de salud mental o del desarrollo (se incluyen retraso mental o discapacidades similares, por ejemplo, las atribuibles a la parálisis cerebral, al autismo o a las disfunciones neurológicas). | _____ |
| • Pruebas genéticas. | _____ |

Propósito de esta divulgación

- A pedido del asegurado Otro (especifique) _____

Si la información se relaciona con el diagnóstico o el tratamiento del alcoholismo o la dependencia de las drogas, se debe proporcionar el nombre de las instalaciones o los programas de tratamiento en los que se trató al asegurado:

Entiendo que las personas que he designado para recibir la información pueden estar obligadas, en virtud de las leyes estatales o federales, a tratarla como confidencial si se relaciona con el diagnóstico o el tratamiento de la dependencia del alcohol o las drogas. Si está protegida por la ley estatal o federal, las personas que he designado para recibir la información no pueden compartir información relacionada con la dependencia del alcohol o las drogas sin otra autorización firmada por mí. Para el resto de la información, entiendo que el destinatario puede divulgar la información a otros (si no está restringida por la ley) y quizás ya no esté protegida por los requisitos de la ley de privacidad.

Derecho a revocar

Entiendo que puedo cancelar esta autorización en cualquier momento enviando una solicitud por escrito a Prime Therapeutics a la dirección que se incluye en las instrucciones anteriores. La cancelación no se aplicará a ninguna información utilizada o divulgada en función de la autorización. Entiendo que, si decido no firmar esta autorización o si la cancelo, esto no afectará mi tratamiento, pago, inscripción o elegibilidad para los beneficios a los que de otro modo tendría derecho.

Esta autorización es válida durante un (1) año a partir de la fecha en que se firma, a menos que se indique una fecha anterior de vencimiento aquí: _____

Firma del asegurado

Fecha

X _____

Representante personal

Si firma en nombre del asegurado, debe proporcionar documentos de situación legal (p. ej., poder notarial para asuntos médicos o tutela legal).

Firma del padre/la madre o el representante personal	Relación con el asegurado	Fecha
--	---------------------------	-------

X _____	_____	_____
---------	-------	-------

ANTES DE ENVIAR ESTE FORMULARIO, DEBERÍA HACER UNA COPIA PARA CONSERVARLA EN SUS REGISTROS:

(1) HAGA UNA FOTOCOPIA DE LA AUTORIZACIÓN FIRMADA; O

(2) COMPLETE EL FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN QUE RECIBIÓ O IMPRIMIÓ POR DUPLICADO

Si necesita ayuda para completar este formulario, consulte las instrucciones anteriores o llame al número de Servicio al Cliente que aparece en el reverso de su tarjeta de identificación de asegurado.