

# AUTORIZACIÓN PARA USAR O DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA

Al completar este formulario, usted autoriza a ConnectiCare Inc. y sus filiales, empleados y agentes (colectivamente, "ConnectiCare") a usar y divulgar su información médica protegida, tal como se define en la ley, para el propósito que se establece a continuación.

## INSTRUCCIONES PARA EL FORMULARIO

Las instrucciones que se mencionan a continuación explican cada sección enumerada del formulario de autorización. Consúltelas a medida que completa el formulario. Si tiene preguntas adicionales, comuníquese con el Servicio de Atención al Miembro al número que figura en el reverso de su tarjeta de identificación.

## SECCIONES

- 1 Información de miembro:** Complete con su información cuidadosamente, de forma legible y completa.
- 2 Receptores de información:** Nombre a las personas que desea que reciban su información médica protegida.
- 3 Propósito de la autorización:** Marque la casilla correspondiente y agregue toda aquella información que podamos necesitar para divulgar su información.
- 4 Información a divulgar:** Explique qué información autoriza para que su plan divulgue marcando la casilla adecuada. Si solo desea divulgar información específica, díganos qué tipo de información desea que divulguemos. No divulgaremos determinado tipo de información confidencial (como salud del comportamiento e información sobre VIH/SIDA) a menos que se proporcionen autorizaciones específicas, o lo permita o exija la ley. Marque las casillas para divulgar información confidencial.
- 5 Plazo de la autorización:** ¿Cuánto tiempo debería continuar su plan divulgando esta información? Marque la primera casilla para indicar un día, mes y año específico en el que esta autorización debe finalizar. O bien, marque la segunda casilla y describa el evento por el que esta autorización debe finalizar. Tenga en cuenta que si no proporciona una fecha o evento de finalización, su autorización continuará vigente hasta que la cancele por escrito o la fecha en la que finalice su cobertura con ConnectiCare.
- 6 Condiciones de autorización:** Lea esta sección completamente ya que brinda información relacionada con esta solicitud.
- 7 Firma requerida:** Firme y feche en la línea para completar esta autorización. Si un representante legal (alguien con autoridad legal para actuar en nombre del miembro) firma esta autorización, marque la casilla adecuada que explique su relación con el miembro y proporcione documentación de la autoridad legal para actuar en nombre del participante.

Complete cuidadosamente con la información del miembro, de forma legible y completa, ya que de lo contrario este formulario no se considerará válido. Use la hoja instructiva como guía. Después de completar el formulario, envíelo por fax al 860-674-2232 o por correo a la siguiente dirección:

**ConnectiCare, Attention: Member Services, PO Box 4050, Farmington, CT 06034-4050.**

**1 Información de miembro:** (imprimir)

Identificación de miembro N.º: \_\_\_\_\_

Nombre del miembro: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_

**2 Receptores de información:** (imprimir)

Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Relación: \_\_\_\_\_

**3 Propósito de la autorización:**

A petición mía.

**O**

Por los siguientes motivos: \_\_\_\_\_

**4 Información a divulgar:**

Autorizo a mi plan a divulgar la siguiente información médica protegida de la siguiente manera:

Toda mi información. Esto puede incluir información clínica, de reclamaciones, de facturación, de beneficios o de cobertura. Esto no incluye información confidencial (consulte más adelante) a menos que se apruebe a continuación.

**O**

Solamente información específica. Enumere: \_\_\_\_\_

*Información confidencial:*

También apruebo la divulgación de los siguientes tipos de información confidencial que están marcados a continuación:

Abuso de alcohol/abuso de sustancias

Enfermedades de transmisión sexual

Salud mental o del comportamiento (excluyendo notas de psicoterapia)  VIH/SIDA

Prueba genética

**5 Plazo de la autorización:**

Esta autorización tendrá vigencia desde la fecha de mi firma/la firma de mi representante que aparece a continuación y finalizará a partir de la fecha que se indica a continuación:

La autorización debe vencer (finalizar) el \_\_\_\_\_

**O**

Mes/día/año

Luego del siguiente evento: \_\_\_\_\_

**NOTA:** Comprendo que si no detallo un evento o una fecha de finalización, la autorización continuará vigente hasta que solicite la cancelación por escrito o hasta la fecha en que finalice mi cobertura con ConnectiCare, la que sea antes.

## 6 Condiciones de autorización:

Comprendo que:

- La información divulgada conforme a la presente autorización puede ser divulgada más adelante por el receptor y ya no estará protegida por las leyes de privacidad federales y estatales.
- Tengo el derecho de revocar (cancelar) esta autorización en cualquier momento, lo que se debe realizar por escrito y enviar a la dirección que se menciona en este formulario.
- Cualquier revocación (cancelación) tendrá vigencia tan pronto como mi plan reciba mi notificación por escrito. Comprendo que la revocación no afectará las medidas tomadas por mi plan en función de la autorización previa a recibir mi notificación escrita de revocación.
- Esta autorización es voluntaria y puedo rechazar firmarla. Mi plan no impondrá condiciones sobre mi inscripción o elegibilidad para beneficios médicos en función de mi decisión con respecto a la autorización. Mi plan no impondrá condiciones sobre el pago de una reclamación para beneficios médicos específicos en función de mi decisión con respecto a la autorización.
- Si autorizo la divulgación de información sobre tratamiento de abuso de alcohol o drogas, declaro que el receptor tiene prohibido volver a divulgar o usar dicha información para otro propósito sin mi autorización por escrito, a menos que lo permita la ley estatal o federal.
- Tengo el derecho de recibir una copia de esta autorización.

## 7 Firma requerida:

He leído y entendido los términos de la presente autorización. También he tenido la oportunidad de hacer preguntas sobre el uso y la divulgación de mi información médica protegida. Al firmar esta autorización, reconozco que, a mi leal saber y entender, toda la información proporcionada en este formulario es precisa, está completa y se encuentra en conformidad con mis indicaciones. Por la presente, acepto los términos que autorizan el uso y la divulgación de mi información médica protegida de la manera en que se describe en el presente formulario.

Firma del miembro \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Si corresponde, el representante legal (incluso el padre/tutor de un menor) debe firmar a continuación: Al firmar este formulario, declaro que soy el representante legal del miembro identificado anteriormente y estoy autorizado legalmente para actuar en su nombre en relación con este formulario de autorización.

Firma del representante legal \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Padre  Tutor legal/Curador\*  Poder legal\*  Otro\* \_\_\_\_\_

\* Proporcione documentación escrita que respalde su autoridad legal para actuar en nombre del miembro.

---

## ¿Preguntas?

Llámenos al 1-800-224-2273 (TTY 1-800-842-9710)

de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana.

---

ConnectiCare, Inc. es un plan HMO/HMO-POS con un contrato con Medicare. La inscripción en ConnectiCare depende de la renovación del contrato. ConnectiCare, Inc. cumple con las leyes federales de derechos civiles correspondientes y no discrimina por raza, color, país de origen, edad, discapacidad o sexo. ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-800-224-2273 (TTY: 1-800-842-9710). ATENÇÃO: Se fala português, encontramos-se disponíveis serviços linguísticos, grátis. Ligue para 1-800-224-2273 (TTY: 1-800-842-9710).