

# Autorización para Divulgar el Registro de Información Médica Protegida (PHI)



VERIFICAR LA INFORMACIÓN ACTUAL (en letra de imprenta)

Fecha de Solicitud: \_\_\_\_\_

Nombre del Miembro: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

N.º de ID de Care1st: \_\_\_\_\_ N.º de Teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección: Calle \_\_\_\_\_ Ciudad/Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

## Su Solicitud

¿Es usted el miembro?  Sí  No

Si su respuesta fue "No", indíquenos quién es:

Madre, padre, tutor legal, etc. del miembro

Tomo decisiones médicas por el miembro como su representante autorizado(a)

El miembro murió y yo me hice cargo de los activos

Nombre del Solicitante (rellene esta parte si **no** es el miembro, en letra de imprenta): \_\_\_\_\_

**Me gustaría que Care1st Health Plan Arizona divulgara mi expediente médico por las siguientes razones (marque todas las opciones que correspondan):**

Para ayudar en la coordinación de la atención médica

Para las reclamaciones de compensación para trabajadores

Por motivos de cobertura o pago

Otro (explique): \_\_\_\_\_

Esta divulgación se hace a petición mía y elijo no declarar la razón de esta divulgación

**A menos que se indique lo contrario, mi autorización incluye datos de reclamaciones, datos de reclamaciones de farmacia, solicitudes de autorización previa y datos de quejas y apelaciones. Nota: Si desea conceder acceso limitado (por ejemplo, fechas de servicio específicas), especifíquelo en el espacio proporcionado a continuación:**

**Al dejar mis iniciales delante de cualquiera de los siguientes elementos, autorizo específicamente a Care1st a divulgar lo siguiente (NOTA: LAS NORMATIVAS FEDERALES REQUIEREN UNA DESCRIPCIÓN DE LOS MOTIVOS PARA DIVULGAR INFORMACIÓN SOBRE EL ABUSO DE SUSTANCIAS):**

\_\_\_\_\_ Registros comunicables relacionados con el VIH/  
SIDA y enfermedades contagiosas

\_\_\_\_\_ Registros de pruebas genéticas

\_\_\_\_\_ Registros de Salud Mental

\_\_\_\_\_ Tratamiento para la drogadicción o el alcoholismo  
por las siguientes razones:

*Ir a la página siguiente*

**Cómo le gustaría recibir su respuesta:**

- Me gustaría recibir copias de la PHI que se envíen electrónicamente en formato PDF (nos comunicaremos con usted para determinar el proceso y que pueda recibir información electrónica de forma **segura**).  
Escriba su dirección de correo electrónico en letra de imprenta: \_\_\_\_\_  
 ingrese su dirección postal a continuación (si es diferente de la dirección que indicó en la página anterior):  
\_\_\_\_\_

**Attn:** \_\_\_\_\_

- Me gustaría que se enviara por fax al siguiente número. Número de Fax: \_\_\_\_\_

**Attn:** \_\_\_\_\_

- Me gustaría venir y ver una copia de mi PHI que Care1st tiene registrada.

- Me gustaría que se enviara una copia impresa de mi PHI a la siguiente dirección/persona (si es diferente a la anterior):  
\_\_\_\_\_

**Attn:** \_\_\_\_\_

- Quiero que otra persona recoja mi información (indique el nombre de la persona): \_\_\_\_\_

**Mediante la firma de esta Autorización, entiendo lo siguiente:**

- Care1st enviará información que contiene PHI a la dirección o los medios descritos en esta solicitud.
- Puedo cambiar o revocar (cancelar) esta solicitud por escrito en cualquier momento (envíe su solicitud por escrito para cambiar o revocar la solicitud a la dirección que aparece a continuación).
- Mi solicitud no se procesará si este formulario no está completamente relleno, firmado y fechado.
- Puedo negarme a firmar esta autorización y mi negativa no afectará mi elegibilidad para los beneficios.
- Puedo inspeccionar o copiar cualquier información que se divulgue de conformidad con esta autorización.
- Si no entiendo este formulario o tengo alguna pregunta sobre él, puedo comunicarme con Care1st al: **1-866-560-4042** (TTY/TDD: **711**).
- **Esta autorización finalizará en doce (12) meses a partir de la fecha de mi firma, a menos que a continuación se indique lo contrario:**

**Deseo que la autorización finalice el (indique la fecha):** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del Miembro (o representante autorizado o tutor legal)

\_\_\_\_\_  
Fecha

Si usted firmó y no es el Miembro, ¿cuál es su número de teléfono? Indíquelo a continuación:  
\_\_\_\_\_

*Nota: Antes de que Care1st pueda considerar una solicitud firmada por cualquier persona que no sea el miembro, debemos verificar la autoridad de la persona para actuar en nombre del miembro (si aún no está en el archivo). Si el miembro no puede dar su consentimiento debido a su edad, Care1st puede requerir información adicional antes de que podamos considerar esta solicitud.*

**Devuelva este formulario a:**

Care1st Health Plan Arizona  
Attn: Privacy Officer  
1850 W. Rio Salado Parkway Ste 211  
Tempe, AZ 85281