

Autorización para usar y divulgar información médica



Aviso para el afiliado:

- Completar este formulario le permitirá a Sunshine Health (i) usar su información médica para un propósito en particular y/o (ii) compartir su información médica con la persona o entidad que usted identifique en este formulario.
- Usted no tiene que firmar este formulario ni dar permiso para usar o compartir su información médica. Sus servicios y beneficios con Sunshine Health no cambiarán si no firma este formulario.
- Si desea cancelar este formulario de autorización, envíenos una solicitud por escrito para anularlo a la dirección que figura en la parte inferior de esta hoja. Se le puede proporcionar un formulario de anulación si llama a servicios al afiliado.
- Sunshine Health no puede asegurar que la persona o grupo con el que usted nos permite compartir su información médica no la compartirá con otra persona.
- Guarde una copia de todos los formularios completados que nos envíe. Podemos enviarle copias si las necesita.
- Llene toda la información de este formulario. Cuando termine, envíelo por correo a la dirección que se encuentra en la parte inferior de la primera página.

INFORMACIÓN DEL AFILIADO:

Nombre del afiliado (en letra de molde): _____

Fecha de nacimiento del afiliado: _____ Número de identificación del afiliado: _____

Autorizo a Sunshine Health a usar mi información médica para el propósito identificado o para compartir mi información médica con la persona o grupo que se nombra debajo. El propósito de la autorización es:

- permitirle a Sunshine Health ayudarme con mis beneficios y servicios, o
- permitirle a Sunshine Health usar o compartir mi información médica para _____

PERSONA O GRUPO QUE RECIBIRÁ LA INFORMACIÓN (agregar personas o grupos adicionales en la página 2):

Nombre (persona o grupo): _____

Dirección: _____

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

AUTORIZO A SUNSHINE HEALTH A USAR O COMPARTIR LA INFORMACIÓN A CONTINUACIÓN:

- Toda mi información de salud INCLUIDA:** información genética, servicios o resultados de pruebas; datos y registros de VIH/SIDA; datos y registros de salud mental (pero no notas de psicoterapia); datos y registros de medicamentos recetados, y datos y registros de drogas y alcohol (por favor especifique cualquier información sobre trastornos por uso de sustancias que se pueda divulgar), **O**
- Toda mi información médica EXCEPTO (marque todas las casillas que correspondan):**
 - Información, servicios o pruebas genéticas
 - Datos y registros de VIH/SIDA
 - Datos y registros de drogas y alcohol
 - Datos y registros de salud mental (pero no las notas de psicoterapia)
 - Datos y registros de medicamentos recetados
 - Otra: _____

Fecha límite de la autorización: ____/____/____ (fecha en que finaliza la autorización a menos que se cancele)

Firma del afiliado: _____ **Fecha:** ____/____/____

(Firma del afiliado o representante aquí)

Relación con el afiliado: _____

Si usted es el representante personal del afiliado, envíenos copias de los formularios respectivos (como poder notarial u orden de tutela).

PERSONAS O ENTIDADES ADICIONALES QUE RECIBIRÁN INFORMACIÓN

NOTA: Si usted está consintiendo divulgar cualquier registro de trastornos por uso de sustancias a un receptor que no sea ni un tercero pagador ni un proveedor de atención de la salud, centro o programa donde recibe servicios de un proveedor tratante, como un intercambio de seguro de salud o una institución de investigación (de aquí en adelante la "entidad receptora"), debe especificar el nombre de una persona con quien o la entidad en la cual recibe servicios de un proveedor tratante de esa entidad receptora, o simplemente declarar que sus registros de trastornos por uso de sustancias pueden divulgarse a sus proveedores tratantes actuales y futuros de esa entidad receptora.

Nombre (persona o entidad): _____

Dirección: _____

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

Nombre (persona o entidad): _____

Dirección: _____

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

Nombre (persona o entidad): _____

Dirección: _____

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

Nombre (persona o entidad): _____

Dirección: _____

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

Nombre (persona o entidad): _____

Dirección: _____

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

Nombre (persona o entidad): _____

Dirección: _____

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

Nombre (persona o entidad): _____

Dirección: _____

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

Enviar por correo a: Sunshine Health
Atención: Oficial de privacidad de Allwell
1301 International Parkway, Suite 400, Sunrise, Florida 33323
Teléfono: 1-877-935-8022 (TTY:711)