

Autorización de divulgación de información de salud protegida



Una vez completado, este formulario es la autorización mediante la cual el miembro permite la divulgación a otra persona/entidad de información de salud protegida. Para agilizar su autorización, por favor escríbala con letra de molde legible en tinta negra o azul, y devuélvala según lo indicado.

Información del miembro (paciente)

Nombre	Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)	N.º de identificación
Nombre del empleador	N.º de grupo	

Autorización

Entiendo que, en relación con la prestación de servicios a los miembros, Ardon Health posee cierta información de salud protegida que me pertenece. Doy mi autorización para que Ardon Health utilice y divulgue una copia de mi información de salud protegida a:

Nombre	Parentesco		
Dirección	Ciudad	Estado	Código postal

Con el propósito de (seleccione una):

Hablar sobre toda la información relacionada con la cobertura de mi seguro, tratamiento y pago.

Otro (por favor, especifique el propósito): _____

Mi información de salud protegida incluye registros médicos, registros de atención de emergencia y de urgencia, estados de cuenta, informes de diagnóstico por imágenes, informes hospitalarios transcritos, notas del historial clínico del consultorio, informes de laboratorio, registros dentales, informes de patología, registros de fisioterapia, registros hospitalarios (incluyendo registros de enfermería y anotaciones de progreso), y cualquier información personal o médica relacionada con el propósito de esta autorización. La información obtenida con esta autorización se utilizará para el propósito indicado anteriormente y se limitará a la información mínima necesaria para lograr dicho propósito.

Se aplican otras leyes relacionadas con el uso y la información a divulgar, si la información divulgada contiene alguno de los tipos de registros o información que se menciona a continuación.

- Información sobre las pruebas o resultados de VIH/SIDA y registros relacionados
- Diagnóstico y tratamiento contra las drogas/alcohol o información de referencia
- Salud reproductiva
- Información sobre pruebas genéticas
- Información sobre salud mental

Entiendo que tengo derecho a oponerme a firmar esta autorización. Mi oposición a firmar esta autorización no afectará mi inscripción en un plan de salud ni a mi derecho a recibir beneficios de salud.

Tengo derecho a revocar esta autorización por escrito en cualquier momento. Si revoco esta autorización, la información mencionada anteriormente dejará de utilizarse o divulgarse por los motivos contemplados en esta autorización escrita. Los usos o divulgaciones que ya se hayan realizado con mi permiso no pueden ser anulados.

Para revocar esta autorización, envíe una declaración por escrito a: Ardon Health, Privacy Office al PO Box 20338, Portland, OR 97294, e indique que está revocando esta autorización.

Entiendo que la información utilizada o divulgada en virtud de esta autorización puede ser objeto de una nueva divulgación y ya no estar protegida conforme a la ley federal. Sin embargo, también entiendo que las leyes federales o estatales pueden restringir una nueva divulgación de información sobre pruebas o resultados de VIH/SIDA, información sobre salud mental, información genética e información sobre diagnóstico, tratamiento o de referencia por drogas/alcohol.

A menos que sea revocada, esta autorización tendrá vigencia y será efectiva hasta la siguiente (seleccione una):

Fecha: _____ / _____ / _____ (sin exceder más de 24 meses a partir de la fecha de la firma)*

Evento: _____

(El evento estará limitado a 24 meses como máximo. Indicar un evento como "Fallecimiento", "Terminación de la póliza"

o "Hasta que se revoque" son ejemplos de eventos no válidos, que darán lugar a la devolución de esta autorización como no válida).

Al firmar a continuación, acepto que he revisado y entiendo esta autorización

Firma del individuo X	Fecha de la firma
--------------------------	-------------------

o

Firma del representante del individuo X	Fecha de la firma
Escriba en letra de molde el nombre del representante	Parentesco**

**Si no se presenta una fecha (se deja en blanco), la autorización estará limitada a 24 meses a partir de la fecha de la firma.*

***Por favor, adjunte la documentación legal si usted es el tutor legal, el custodio legal o el titular de una carta poder o tiene otra autoridad legal sobre el miembro.*

Se debe completar todos los campos para que esta autorización sea válida. El miembro debe conservar una copia del formulario lleno.

¿Listo para enviar?

Envíe este formulario por correo a: Ardon Health, PO Box 20338, Portland OR 97294. O envíelo por fax al 855-425-4096.

¿Tiene alguna pregunta? Comuníquese al 855-425-4085 o visítenos en ardonhealth.com.