

Autorización para Divulgar Información

Uso y Divulgación de la Información Personal de Salud



Entidad Pública

Inland Empire Health Plan

Los Reglamentos de Privacidad de la Ley de Transferibilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos (*Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA*) requieren que esta Autorización sea debidamente completada para autorizar a que Inland Empire Health Plan (IEHP) pueda usar o divulgar Información Médica Protegida (*Protected Health Information, PHI*).

Yo _____ autorizo a IEHP a usar o divulgar la PHI de este Miembro, como se describe a continuación:

INFORMACIÓN DEL MIEMBRO

REQUERIDO

Nombre del Miembro _____ N° de Identificación del Miembro o N° de Seguro Social _____ Fecha de Nacimiento _____
Domicilio (de entrega) _____ N° de Apartamento/Unidad _____
Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____ Teléfono _____

SOLICITUD DE REGISTRO

REQUERIDO

Por favor indique el tipo de registros de PHI que solicita:

- Coordinación de Atención Médica Reclamaciones/Facturación Queja Formal y notas de las apelaciones del caso
 Referencias/Autorizaciones Registro de Medicamentos Recetados Todos y cada uno

Ingrese el intervalo de fechas de los registros de PHI solicitados: ____ / ____ / ____ a ____ / ____ / ____

Los registros de PHI serán utilizados y divulgados para los siguientes propósitos:

Esta Autorización entra en vigencia inmediatamente y seguirá vigente hasta el ____ / ____ / ____ .
(fecha de finalización)

ENTREGA DE REGISTRO

REQUERIDO

Opciones de Entrega: (por favor, marque una)

- Recoger personalmente en IEHP
 Entrega por FedEx
Domicilio de Entrega _____
 Portal de Correo Electrónico Seguro
Correo Electrónico _____

Si la información será entregada a una persona/entidad que no es usted o su representante legal, por favor indique el nombre y la información de contacto de la persona/entidad autorizada para recibir sus registros de PHI:

Nombre _____ Relación que tiene con el Miembro _____

Información de Contacto para la Entrega (si es diferente a la indicada anteriormente)

Autorización para Divulgar Información

Uso y Divulgación de la Información Personal de Salud



Entidad Pública

Inland Empire Health Plan

AUTORIZACIONES ESPECÍFICAS

Autorizaciones Específicas:

OPCIONAL

No se divulgarán registros de PHI sobre diagnósticos de VIH (HIV) y recetas médicas, condiciones psiquiátricas/de salud mental o drogadicción/alcoholismo/abuso de sustancias sin autorización específica. Si usted solicita el uso y la divulgación de dichos registros, por favor escriba sus iniciales en las casillas correspondientes a continuación para otorgar su autorización específica:

- Registros de drogadicción/alcoholismo/abuso de sustancias Registros relacionados con el VIH
 Registros de salud psiquiátrica/mental Otro _____

DIVULGACIONES

AVISO SOBRE LOS DERECHOS Y OTRA INFORMACIÓN:

Entiendo que no estoy obligado a firmar esta Autorización. El hecho de que me niegue a firmarla no afectará mi capacidad para obtener tratamiento o pago, ni la elegibilidad para recibir beneficios. Entiendo que tengo derecho a revocar esta Autorización en cualquier momento, siempre que mi revocación sea por escrito. Entiendo que tengo derecho a recibir una copia. Además, entiendo que si la información proporcionada en esta Autorización se divulga (es proporcionada) a otra persona o agencia, es posible que ésta ya no esté protegida por la ley federal de confidencialidad (HIPAA). Sin embargo, la ley de California no permite que la persona que reciba la información médica por medio de esta Autorización la divulgue, a menos que yo otorgue una nueva autorización para tal divulgación, o a menos que la ley requiera o permita específicamente tal divulgación.

IEHP trabajará en esta solicitud en un plazo de 30 días desde la fecha en que se recibió la Autorización, o en un plazo de 60 días si la información solicitada no se mantiene o es accesible para IEHP en sus instalaciones.

AUTORIZACIÓN

He leído esta Autorización y acepto el uso y la divulgación de la PHI, tal como se especifica.

REQUERIDO

Nombre del Miembro (en letra de imprenta)

Firma del Miembro

Fecha

Si firma en representación del Miembro, describa su autoridad para actuar a nombre del Miembro (por ejemplo, padre o madre de un hijo menor de edad, o tutor legal): _____

Nota: La documentación adecuada de la autoridad del representante legal debe estar registrada en IEHP.

Nombre del Representante Legal del Miembro (en letra de imprenta)

Firma del Representante Legal del Miembro

Fecha

Por favor llene, firme y reenvíe esta Autorización a IEHP:

Inland Empire Health Plan | Attn: Legal Department

P.O. Box 1800 | Rancho Cucamonga, CA 91729

Fax: 909-477-8578 o al 909-890-5877

Correo electrónico: MemberServices@iehp.org