

Autorización para divulgar información de salud

Aviso al miembro:

- Si llena este formulario permitirá que el plan divulgue su información de salud con la persona o el grupo que usted elija.
- No tiene que firmar este formulario ni dar permiso para compartir su información de salud. Sus servicios y beneficios no cambiarán si no firma este formulario.
- Si quiere cancelar este Formulario de autorización, llene el Formulario de revocación de la página siguiente. Envíenoslo a la dirección que aparece más abajo.
- Coordinated Care™ no puede prometer que la persona o el grupo que usted elija no divulgará su información con alguien más.
- Mantenga una copia de todos los formularios que nos envía. El plan le puede enviar copias si las necesita.
- Llene toda la información de este formulario. Cuando termine, envíela a la dirección que aparece más abajo.

Información del miembro:

Nombre del miembro (letra de imprenta) _____

Fecha de nacimiento del miembro: ___/___/___ Núm. de ident. del miembro de Medicaid o de Basic Health: _____

Doy permiso para que se divulgue mi información de salud a la persona o al grupo que se indica abajo. El propósito de la autorización es ayudarme con mis beneficios y servicios.

Información de la persona o grupo que recibe la información:

Nombre (persona/grupo): _____

Dirección: _____

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

Coordinated Care puede divulgar esta información de salud: (marque todas las que correspondan)

- Toda mi información de salud; O
- Toda mi información de salud EXCEPTO:
- Información sobre el medicamento recetado/la medicación
 - Información sobre SIDA o VIH
 - Información sobre tratamiento para alcohol y/o abuso de sustancias
 - Información sobre Servicios de salud del comportamiento o sobre atención psiquiátrica
 - Otro:

La autorización terminará en 1 año a partir de la fecha en que se firmó o hasta que ya no sea miembro de Coordinated Care, a menos que se cancele.

Firma del miembro: _____ **Fecha:** ___/___/___
(El miembro o su representante legal firma aquí)

Si firma por el miembro, describa su relación abajo. Si es el delegado personal del miembro, describa esto abajo y envíenos copias de esos formularios (como por ejemplo poder notarial u orden de custodia legal).

Coordinated Care – Compliance Department
1145 Broadway, Suite 300
Tacoma, WA 98402
Servicios para los miembros: 1-877-644-4613
Fax: 1-877-644-4602

