

Autorización para usar y divulgar la Información de salud



Aviso al (la) afiliado(a):

- Al llenar este formulario, usted autoriza a Peach State Health Plan a (i) que use su información de salud para un fin en particular, y/o (ii) que la dé a conocer a la persona o entidad que usted identifique en este formulario.
- Usted no tiene que firmar este formulario ni dar permiso a usar o dar a conocer su información de salud. Sus servicios y beneficios de Peach State Health Plan no cambiarán si usted no firma este formulario.
- Si desea cancelar este formulario de autorización, envíenos por escrito una solicitud para revocarlo a la dirección que aparece al final de esta página. Servicios para los afiliados puede proporcionarle un formulario de revocación si les llama al número telefónico que se encuentra en la parte trasera de su tarjeta de identificación de afiliación.
- Peach State Health Plan no puede prometer que la persona o el grupo al que nos permita dar a conocer su información de salud no la dará a conocer a alguien más.
- Conserve una copia de todos los formularios llenos que nos envíe. Si las necesita, podemos enviarle copias.
- Si necesita ayuda, comuníquese con Servicios para los afiliados al número telefónico que aparece en la parte trasera de su tarjeta de identificación de afiliación.
- Llene toda la información en este formulario. Al terminar, envíe el formulario y todos los documentos de apoyo a:
Peach State Health Plan
ATTN: Compliance Department
1100 Circle 75 Parkway, Suite 1100
Atlanta, GA 30339



POR FAVOR, LEA LAS INSTRUCCIONES DETENIDAMENTE Y LLENE EL FORMULARIO SIGUIENTE. LOS FORMULARIOS INCOMPLETOS NO PUEDEN ACEPTARSE.

1 INFORMACIÓN DEL (LA) AFILIADO(A):
Nombre del (la) afiliado(a) (escriba con letra de molde): _____
Fecha de nacimiento del (la) afiliado(a): _____
Núm. de identificación del (la) afiliado(a): _____

2 AUTORIZO A PEACH STATE HEALTH PLAN A QUE USE MI INFORMACIÓN DE SALUD PARA EL PROPÓSITO IDENTIFICADO O A QUE DÉ A CONOCER MI INFORMACIÓN DE SALUD A LA PERSONA O EL GRUPO NOMBRADO MÁS ABAJO. EL PROPÓSITO DE LA AUTORIZACIÓN ES (marque una de las opciones siguientes):
 permitir a Peach State Health Plan que me ayude con mis beneficios y servicios, **O**
 permitir a Peach State Health Plan que use o dé a conocer mi información de salud para _____

3 PERSONA O GRUPO QUE RECIBIRÁ LA INFORMACIÓN (añada personas o grupos adicionales en la página siguiente):
Nombre (persona o grupo): _____
Dirección: _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____
Teléfono: (_____) _____

4 AUTORIZO A PEACH STATE HEALTH PLAN A QUE USE O DÉ A CONOCER LA INFORMACIÓN DE SALUD SIGUIENTE (NOTA: Seleccione la primera oración para permitir divulgar TODA la información de salud o seleccione la oración de abajo para permitir divulgar solamente ALGUNA de la información de salud. NO SE PERMITE que seleccione ambas.)
 Toda mi información de salud, QUE INCLUYE:
Información, servicios o resultados de pruebas de genética; información y registros del VIH/SIDA; información y registros de salud mental (pero no las notas de psicoterapia); información y registros de fármacos/medicamentos de venta con receta, así como información y registros sobre el alcoholismo y la drogadicción (por favor especifique la información sobre todo trastorno de consumo de sustancias que pueda darse a conocer);
O
 Toda mi información de salud, EXCEPTO (marque solamente los recuadros siguientes que sean relevantes):
 Información, servicios o pruebas de genética
 Información y registros del VIH/SIDA
 Información y registros sobre el alcoholismo y la drogadicción
 Información y registros de salud mental (pero no las notas de psicoterapia)
 Información y registros de fármacos/medicamentos de venta con receta
 Other: _____

5 ESTA AUTORIZACIÓN TERMINA EN ESTA FECHA/EVENTO: _____
Fecha en que la autorización termina, a menos que se cancele. Si este campo se deja en blanco, la autorización vencerá un año a partir de la fecha en que se firme este documento, abajo.

6 FIRMA DEL (LA) AFILIADO(A) O REPRESENTANTE LEGAL: _____
FECHA: _____

SI ES REPRESENTANTE LEGAL - Relación con el (la) afiliado(a): _____

Si usted es el representante personal del (la) afiliado(a), **debe enviarnos copias de los formularios correspondientes**, como poder legal u orden de tutela.

**ENVÍE POR CORREO EL FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN LLENO Y TODO DOCUMENTO DE APOYO A:
Peach State Health Plan, ATTN: COMPLIANCE DEPARTMENT
1100 Circle 75 Parkway, Suite 1100, Atlanta, GA 30339**

PERSONA(S) INDIVIDUAL(ES) O ENTIDAD(ES) ADICIONAL(ES) QUE RECIBIRÁN LA INFORMACIÓN:

NOTA: Si está autorizando el que se dé a conocer todo registro sobre el trastorno de consumo de sustancias a un receptor que no es ni un pagador tercero ni un proveedor, centro o programa de atención de la salud del que recibe servicios de un proveedor tratante, como de un intercambio de seguros de salud o una institución de investigación (en lo sucesivo llamada “la entidad receptora”), debe especificar el nombre de la persona o entidad de la que recibe los servicios de un proveedor tratante en esa entidad receptora, o sencillamente declarar que sus registros del trastorno de consumo de sustancias pueden darse a conocer 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: () -

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: () -
