

Autorización para divulgar la Información médica protegida (*PHI*, en inglés)



Hay momentos en los que es posible que desee divulgar su *PHI* a otras personas, tales como a su cónyuge, padre, tutor u otro miembro de la familia. Debido a que sus expedientes son confidenciales, necesitaremos su consentimiento firmado para divulgar su *PHI*. La divulgación de su *PHI* incluye tanto expedientes escritos como información verbal.

Padres/tutores: Queremos tener la posibilidad de hablar con usted en nombre de su hijo derechohabiente (mayor de 18 años de edad, o entre las edades de 14 y 18 años para algunos diagnósticos) acerca de su *PHI*. Para poder hacer esto, nos exigen que tengamos su consentimiento por escrito.

Si desea compartir su *PHI* con alguien más, complete todas las secciones detenidamente y devuélvalo a Blue Cross and Blue Shield of Kansas (BCBSKS). Este formulario está disponible en línea en www.bcbsks.com.

Sección 1: Persona que autoriza la divulgación

Primer nombre

Apellido

Número de identificación de asegurado

Fecha de nacimiento

Dirección de la casa

Ciudad

Estado Código postal +4

Dirección postal (si es diferente a la dirección de la casa)

Ciudad

Estado Código postal +4

Autorizo a BCBSKS a hacer la divulgación (marque una casilla):

- Toda la información por todos los medios (incluyendo: el teléfono, la web y por escrito) acerca de la elegibilidad, inscripción, suscripción, primas del plan, beneficios del plan, reclamaciones, correspondencia para o de BCBSKS y autorización previa o determinaciones para servicios proporcionados por cualquier médico u hospital.
- Todos los documentos, expedientes y otra información (excluyendo las notas de psicoterapia) de cualquier médico u hospital, incluyendo información relacionada con el abuso de alcohol y sustancias.
- Documentos, expedientes y otra información para apelar una decisión de BCBSKS respecto a mi reclamación. Podría incluir expedientes médicos de mis proveedores de atención médica (excluyendo notas de psicoterapia) e información respecto al abuso de alcohol y sustancias.*
- Todos los documentos, expedientes y otra información de los siguientes proveedores solamente:

Relacionado con este período (marque una casilla):

- Cualquiera o todas las fechas.
- Rango de fechas.
De: _____ a _____
MM DD AAAA MM DD AAAA
- Fecha específica: _____
MM DD AAAA

Esta divulgación de información es con el propósito específico de (marque una casilla):

- Recibir asistencia con un plan de salud.
- Otro (sea específico):

* **Importante:** La entrega de este formulario no constituye una apelación.

Continúe en la página siguiente. Se requiere su firma. ►

Sección 2: Autorización para divulgar la Información médica protegida (PHI, en inglés)

Divulgar mi PHI a las siguientes personas:

Primer nombre

Apellido

Nombre de la organización

Número de teléfono

Fecha de nacimiento

Primer nombre

Apellido

Nombre de la organización

Número de teléfono

Fecha de nacimiento

Primer nombre

Apellido

Nombre de la organización

Número de teléfono

Fecha de nacimiento

Autorización para hijos derechohabientes (menores de 18 años de edad):

Autorizo la divulgación de la PHI de mi derechohabiente indicado a continuación:

Divulgar la PHI de mis derechohabientes a las siguientes personas:

Primer nombre

Apellido

Nombre de la organización

Número de teléfono

Fecha de nacimiento

Primer nombre

Apellido

Nombre de la organización

Número de teléfono

Fecha de nacimiento

Sección 3: Autorización

Entiendo que la información divulgada de conformidad con esta autorización puede estar sujeta a la redivulgación por parte del destinatario y ya no estará protegida por las regulaciones federales de privacidad, a menos que la información divulgada esté protegida por la regulación federal de abuso de sustancias y alcohol (FASAR, en inglés). Entiendo que BCBSKS no condicionará el pago, la inscripción ni la elegibilidad para recibir los beneficios al hecho de que yo firme o no esta autorización. Esta autorización es válida hasta la cancelación de mi cobertura médica con BCBSKS, hasta que los derechohabientes lleguen a la edad de 18 años

de edad o hasta el momento en que BCBSKS reciba una revocación por escrito.

Además, entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento al notificarlo a BCBSKS por escrito y que la revocación de esta autorización no afectará ninguna medida que se haya tomado con base en esta autorización antes de haber recibido la revocación por escrito. **Si firma esta autorización como Representante legal, Representante legal para asuntos de atención médica o Tutor/Conservador, tiene que acompañar este formulario con una copia del documento legal.**

Se requiere su firma

Solicitante

Fecha en que se firma

Cuando esté completo, envíelo por correo a:

Blue Cross and Blue Shield of Kansas
1133 SW Topeka Blvd., Topeka, KS 66629-0001

Aviso: Guarde una copia de este formulario para sus archivos.

Solo para uso interno

Devolver a _____

Dirección de correo _____