



PacificSource Community Health Plans
 2965 NE Conners Avenue, Bend OR 97701
 541.385.5315 888.863.3637
 Medicare.PacificSource.com

Autorización de uso/divulgación de información médica protegida

Por este medio autorizo a PacificSource Medicare y a sus agentes, afiliadas y subsidiarias para divulgar la información médica personal indicada a continuación a las personas o entidades que se especifican en este formulario.

Para que esta autorización sea válida, deben llenarse todas las secciones.

Escriba sus respuestas en letra de molde en este formulario.

Información del miembro que se divulgará		
Nombre del miembro:		
Dirección del miembro:		
Ciudad:	Estado:	Código postal:
Teléfono:		
Número de ID del miembro:	Fecha de nacimiento:	

¿Quiénes están autorizados para recibir la información médica personal?		
Nombre de las personas/entidades:		
Dirección:		
Teléfono:	Fax:	
¿Las personas/entidades autorizadas tienen permiso de cambiar el médico de atención primaria del miembro?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Las personas/entidades autorizadas tienen permiso de cambiar la dirección del miembro?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No

Tipo de información que se divulgará y cómo se usará	
Permito que PacificSource Medicare divulgue la información médica personal que se indica a continuación a las personas / entidades antes mencionadas:	
<ul style="list-style-type: none"> • Pagos de reclamaciones • Registros de salud • Registros dentales • Notas de la hoja clínica • Cualquier otra información personal o médica relacionada con el propósito de esta autorización 	<ul style="list-style-type: none"> • Registros de fisioterapia • Registros médicos • Registros de atención de emergencia • Registros hospitalarios (incluidos registros de enfermería e informes de progreso)
<ul style="list-style-type: none"> • Informes de patología • Registros de atención de urgencia • Informes de laboratorio 	<ul style="list-style-type: none"> • Explicación de beneficios • Estados de cuenta de facturación • Informes de diagnóstico por imágenes
Entiendo que si la información divulgada contiene alguno de los tipos de registros o información que se mencionan a continuación, pueden aplicarse leyes adicionales referentes al uso y la divulgación de la información. Entiendo y acepto que la siguiente información se divulgará <u>solamente</u> si escribo mis <u>iniciales</u> en el espacio correspondiente junto al tipo de información.	
_____ Información sobre VIH/sida (Iniciales)	_____ Información de salud mental (Iniciales)
_____ Información de pruebas genéticas (Iniciales)	_____ Diagnósticos, tratamientos y remisiones por drogas/alcohol (Iniciales)

Tipo de información que se divulgará y cómo se usará (continuación)

Entiendo que la información utilizada o divulgada en los términos de esta autorización puede volver a ser divulgada y podría ya no estar protegida por las leyes federales. Sin embargo, también entiendo que las leyes federales o estatales pueden prohibir que vuelva a divulgarse la información sobre VIH/sida, la información sobre salud mental, la información sobre pruebas genéticas y la información sobre diagnósticos, tratamientos y remisiones por drogas/alcohol.

La información obtenida con esta autorización se usará para el propósito antes mencionado y se limitará a la mínima información necesaria para alcanzar ese propósito.

Escriba todas las limitaciones que desee aplicar al uso de esta información:

Derecho a revocar la autorización

Entiendo que tengo derecho a revocar esta autorización por escrito en cualquier momento. Si revoco esta autorización, la información antes descrita ya no se utilizará ni divulgará por los motivos cubiertos por esta autorización por escrito. Todos los usos y las divulgaciones que ya se hayan hecho con mi permiso no pueden revertirse.

Para revocar esta autorización, debo enviar una declaración escrita y firmada en la que exprese que deseo revocar esta autorización. Envíela a PacificSource Medicare, P.O. Box 7469, Bend, OR 97708.

A menos que yo revoque esta autorización, seguirá vigente durante veinticuatro (24) meses a partir del día en que yo la firme, o antes, si lo solicito.

Aceptación y firma del miembro

Al firmar este formulario, autorizo el uso y la divulgación de la información médica personal antes mencionada. Entiendo que tengo derecho a no firmar esta autorización. La negativa a firmar esta autorización no afectará mi inscripción en un plan de salud, ni mi elegibilidad para beneficios de salud. Reconozco que he leído esta autorización y la entiendo.

Firma: _____ Fecha: _____

Firma del representante autorizado

Relación con el miembro: _____

Firma: _____ Fecha: _____

Por favor proporcione todos los documentos legales que prueben su relación con el miembro (solo si se le solicitan)

Al usar este documento, usted acepta las siguientes condiciones: Este documentos se provee solamente como material de referencia. Usted no puede alterar o modificar este documento de manera alguna. La versión más reciente de este documento sustituye a todas las versiones anteriores.

Guarde una copia de esta autorización para su archivo.

Entréguenos los formularios contestados por los siguientes medios:

Correo electrónico: MedicareCS@PacificSource.com

Correo: PacificSource Community Health Plans
P.O. Box 7469 Bend, OR 97708-5729

Fax: (541) 322-6423