



AUTORIZACIÓN PARA QUE CALOPTIMA HEALTH DIVULGUE INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA (PHI) A OTRA PERSONA O ENTIDAD

Llene **TODAS** las secciones de este formulario para autorizar que CalOptima Health divulgue su información médica protegida (Protected Health Information, PHI) a otra persona o agencia. Este formulario **SOLAMENTE** permite que se divulgue la información médica que usted indique en la Sección B, la cual guarda CalOptima Health. No le da permiso a nadie para tomar decisiones sobre su atención médica.

SECCIÓN A: Información del miembro/paciente

Nombre: _____ Apellido: _____ Fecha de nacimiento: _____

Dirección postal: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Número de teléfono: _____ Número de CIN: _____

SECCIÓN B: Información que se puede divulgar

Instrucciones: Marque una **X** en la casilla de la(s) opción(es) que escoja.

Autorizo que CalOptima Health divulgue la siguiente información médica protegida (PHI) con
fecha del _____ a _____ :
(mes/día/año) (mes/día/año)

- ☐ Registros relacionados con la Administración de Casos
- ☐ Registros sobre los reclamos y facturación
- ☐ Registros relacionados con Servicios para Miembros
- ☐ Registros sobre quejas y apelaciones
- ☐ Registros sobre el control de enfermedades y educación sobre la salud
- ☐ Registros sobre autorizaciones y referencias
- ☐ Registros relacionados con la Farmacia
- ☐ Registros relacionados con la Administración de Utilización



***La siguiente información confidencial solamente será divulgada si usted marca la(s) casilla(s) correspondiente(s) y pone sus iniciales abajo.**

- | | Iniciales |
|--|------------------|
| ☐ Solamente las notas de psicoterapia. Estos apuntes documentan o analizan el contenido de una sesión de terapia.** | _____ |
| ☐ Información sobre salud mental o del comportamiento. | _____ |
| ☐ Información sobre trastornos por el consumo de sustancias. | _____ |
| ☐ Información sobre infecciones de transmisión sexual, que incluye VIH y SIDA. | _____ |
| ☐ Información sobre la salud sexual y reproductiva, que incluye planificación familiar y atención para la afirmación de género. | _____ |
| ☐ Información sobre el abuso sexual o físico, que incluye violencia entre la pareja. | _____ |
| ☐ Para los menores de edad de 12 años en adelante: servicios relacionados con enfermedades infecciosas, contagiosas, transmisibles o de transmisión sexual. | _____ |

*La información anterior no será divulgada a menos que usted lo autorice con sus iniciales.

**Si escoge divulgar las notas de psicoterapia junto con otra información, debe llenar una autorización por separado para divulgar las notas de psicoterapia.

SECCIÓN C: Objetivo de esta autorización

Autorizo la divulgación de esta información para:

- | | |
|--|--|
| ☐ Uso personal | ☐ Uso legal |
| ☐ Uso en relación con el seguro | ☐ Otro uso (especifique): _____ |

SECCIÓN D: Persona o agencia autorizada para recibir su PHI

Autorizo a CalOptima Health para que divulgue mi PHI con la persona o agencia que se menciona a continuación. Comprendo que esta autorización será vigente desde la fecha que firmo y devuelvo este formulario. La persona que reciba la información debe tener 18 años o más.

Nombre(s) de la persona o agencia: _____

Relación con el miembro o paciente: _____ Teléfono: _____

SECCIÓN E: Sus derechos

- Puedo suspender esta autorización en cualquier momento enviando un aviso por **escrito** a:
CalOptima Health
Attn: Enrollment & Reconciliation
505 City Parkway West
Orange, CA 92868
- El aviso para suspender esta autorización no cambiará la manera en que CalOptima Health haya usado o divulgado mi PHI antes de recibir mi carta.
- La persona o agencia a la cual CalOptima Health le haya proporcionado mi PHI podría divulgarla con otros. En este caso, es posible que mi PHI ya no esté protegida por las reglas de privacidad de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro de Salud (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA).
- No estoy obligado a llenar este formulario. Si no lleno el presente formulario, no cambiarán mis beneficios de atención médica ni el pago de mis servicios de atención médica.
- Tengo el derecho a revisar y obtener una copia de mi PHI que está siendo utilizada o divulgada mediante esta autorización.
- Tengo el derecho a recibir una copia de este formulario.

SECCIÓN F: Fecha de vencimiento de la autorización

La autorización para divulgar información a las personas o agencias nombradas se vencerá en la siguiente fecha

_____ (fecha o acontecimiento específico, pero no será válida por más de un (1) año a partir de la fecha en que firme y devuelva este formulario).

****Si no se proporciona un acontecimiento o fecha de vencimiento,
la autorización no será válida. ****



SECCIÓN G: Firma

Comprendo que, con el fin de tramitar mi solicitud, se debe incluir a mi formulario de solicitud una copia de una identificación (ID) vigente emitida por el gobierno, una copia de la documentación de la autoridad legal o una firma notariada.

Al firmar a continuación, declaro que he leído y comprendo el contenido de este formulario.

Firma del miembro/Representante personal

Fecha

Firma del padre/madre/tutor legal: _____ Fecha: _____

Nombre del padre/madre/tutor legal con letra de molde: _____ Relación: _____

CalOptima Health se reserva el derecho a solicitar documentación legal (por ejemplo, acta de nacimiento, orden judicial, entre otros) del padre/madre/tutor legal que firma en nombre del miembro dependiente.

Representante personal solamente: ¿Qué derechos tiene para solicitar la información de salud?

Nombre con letra de molde: _____

☐ Albacea

☐ Poder notarial médico

☐ Ejecutor testamentario

☐ Otro _____

☐ Administrador del patrimonio

NOTA: Es obligatorio anexar la documentación legal para verificar que usted es el tutor, ejecutor testamentario o cuenta con la autoridad para tomar decisiones médicas de la persona.

Envíe este formulario a CalOptima Health:

Attn: Enrollment & Reconciliation

505 City Parkway West

Orange CA 92868

Fax: 1-714-481-6457

ALTO

Para uso exclusivo del personal de CalOptima Health (For CalOptima Health Use Only):

Staff Name: _____ How was identity verified? ☐ In person ☐ Phone

Signature: _____ Date Verified: _____