



FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN DE LA LEY HIPAA

Este formulario le permite a CareSource Management Group Co. y sus planes de salud afiliados (“CareSource”), compartir su Información de Salud Protegida (Protected Health Information, PHI) elegida por mí (afiliado o tutor) en las **Secciones 1 y/o 2** a continuación. Este formulario debe rellenarse por completo. Envíelo por correo a: CareSource, Attn: Privacy Office, P.O. Box 8738, Dayton, OH 45401-8738. O puede enviarlo por fax al 1-937-425-0907

Nombre del afiliado: primer nombre,
inicial del segundo nombre, apellido

Fecha de nacimiento del afiliado

Dirección del afiliado, Ciudad, Estado, Código postal

Teléfono del afiliado: Particular Celular/Móvil

N.º de RID del afiliado (se encuentra
en la tarjeta de identificación)

Si proporciona su número de celular, se sobreentiende que podemos usarlo para llamar al afiliado.

Sección 1

Apruebo compartir información relacionada con:

- tratamiento relacionado a drogas y alcohol y
- tratamiento de VIH/SIDA

con el Intercambio de Información Médica de Indiana (Indiana Health Information Exchange, IHIE) **y/o** mis proveedores para el propósito del tratamiento o coordinación de la atención.

Si no apruebo compartir esta información con el IHIE o proveedores (médicos, hospitales, etc.), comprendo que todos los proveedores involucrados en mi atención no podrán coordinar de manera efectiva mi atención.

Apruebo No apruebo

Sección 2

Puede dar permiso a CareSource para hablar sobre su información de salud con una persona de su elección. Debe comunicar a CareSource qué información puede ser divulgada a la persona que usted elija (mencionada a continuación). Marque la(s) casilla(s) que corresponda(n) a continuación para comunicarnos qué puede o no ser divulgado.

Todos los registros **O**, Todos los registros excepto:

- Información relacionada con VIH/SIDA
- Información relacionada con tratamiento relacionado a drogas y/o alcohol
- Información relacionada con la atención de la salud mental



FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN DE LA LEY HIPAA

Permito a CareSource compartir información como se indica en la **Sección 2** con:

Nombre: primer nombre, inicial del segundo nombre, apellido

Relación con el afiliado, por ej., padre o madre, hermano/a, cuidador, abogado, etc.

Dirección, Ciudad, Estado, Código postal

Teléfono: Particular Celular/Móvil

Fecha o evento en el que finaliza la autorización: **Es necesaria una fecha de caducidad o un evento de caducidad**

La información sobre el afiliado se podrá compartir con la persona antes mencionada. Si se trata de un grupo de personas, por ej. un estudio de abogados, indique la información sobre la entidad y la información de contacto de la persona responsable en la entidad.

Al firmar con mi nombre, acepto que: Permito que CareSource comparta mi información de salud como se indica anteriormente en las Secciones 1 y 2. Entiendo que firmar este formulario es mi elección. Entiendo que la información que se comparta puede estar sujeta a una divulgación posterior por la persona o entidad que la reciba y que ya no estará protegida por las leyes federales de privacidad. Entiendo que este formulario no constituye un Poder para la atención médica. Entiendo que puedo cancelar este permiso en cualquier momento. Para hacerlo, debo enviar una carta por escrito a CareSource a la dirección que figura en la parte superior del formulario. También puedo enviarla por fax al número que figura en la parte superior de este formulario. Entiendo que, si cancelo esta autorización, esto no tendrá ningún efecto sobre las acciones que CareSource haya tomado antes de que se cancelara el permiso. Entiendo que el tratamiento, el pago, la inscripción o la elegibilidad a los beneficios no se verán condicionados por el hecho de que firme este formulario.

Nombre del afiliado (EN LETRA DE MOLDE)

*Nombre del representante autorizado (EN LETRA DE MOLDE)

Firma del afiliado

Fecha

Firma del representante autorizado

Fecha

**Si este formulario está firmado por otra persona que no sea el afiliado, describa la autoridad del Representante autorizado para actuar en nombre del afiliado. Por ejemplo:*

- El representante autorizado podría ser el padre o la madre si se trata de un menor. Si lo firma uno de los padres, está certificando que usted es el padre/madre biológico(a) del afiliado menor de edad.*

O podría tratarse del tutor nombrado por un tribunal. Si no consta en nuestros registros, se debe adjuntar una copia del documento legal que certifica la tutela, la custodia, etc.