



## AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN ORAL DE INFORMACIÓN PROTEGIDA DE SALUD

NOTA: Este formulario no otorga autoridad para tomar decisiones sobre atención médica.

### 1. Información del miembro

<b>Nombre:</b> <input style="width: 90%;" type="text"/> <i>Apellido, nombre, inicial del segundo nombre</i>	<b>Fecha de nacimiento:</b> <input style="width: 90%;" type="text"/>	<b>Identificación de CCA:</b> <input style="width: 90%;" type="text"/>
<b>Dirección:</b> <input style="width: 90%;" type="text"/> <i>Calle, ciudad/estado, código postal</i>	<b>Teléfono:</b> <input style="width: 90%;" type="text"/>	<b>Dirección de correo electrónico:</b> <input style="width: 90%;" type="text"/>

### 2. Permiso para divulgar oralmente información de salud del miembro

Autorizo a Commonwealth Care Alliance (CCA) a  divulgar oralmente la información de salud del miembro a las siguientes personas/entidades:

Nombre de la persona/organización: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Dirección postal: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_

Código postal: \_\_\_\_\_

Tema de información de salud a tratar: \_\_\_\_\_

Para este período: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ HASTA: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

### 3. Información confidencial: Debe colocar sus iniciales en cada casilla a continuación para que CCA pueda divulgar oralmente esta información confidencial.

Aborto		Salud conductual		VIH	
SIDA/ARC		Pruebas genéticas		Abuso físico	
Consumo de alcohol y sustancias		Violencia doméstica		Enfermedad de transmisión sexual	
Salud reproductiva					

### 4. Vencimiento y revocación

A menos que se revoque de otra manera, esta AUTORIZACIÓN es válida para el período de inscripción del miembro con CCA o según se especifique:  En esta fecha: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ O evento:

### 5. Firma: La firma a continuación es mía y estoy legalmente autorizado a firmar este documento.

Firma del miembro/representante personal\*: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

\* Escriba en letra de imprenta su nombre, número de teléfono y correo electrónico a continuación. Marque (✓) la casilla que muestre su autoridad legal conforme a la ley para firmar este formulario en nombre del miembro.

**Devuelva este formulario completo con la documentación de respaldo.**

Nombre completo del representante personal en letra de imprenta: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

- Abogado     Tutor/curador     Agente de atención médica     Agente/representante de la HIPAA  
 Representante de los herederos/albacea     Poder de representación     Otro defensor

Comprendo que la información de salud divulgada de conformidad con esta Autorización puede ser divulgada nuevamente por el destinatario y es posible que ya no esté protegida por la ley. Tengo el derecho de revocar esta Autorización por escrito en cualquier momento enviando una revocación por escrito a la dirección a continuación. Comprendo que mi tratamiento, pago, inscripción en el plan de salud o elegibilidad para los beneficios no dependen de que yo firme esta Autorización. La entidad que solicita esta Autorización debe proporcionarme una copia de este formulario firmado.

Envíe por correo postal, fax o correo electrónico como se indica a continuación.

Si tiene preguntas, llame a Member Services al: 866-610-2273

**Commonwealth Care Alliance, Inc.**  
**Health Information Management Department**  
**2 Avenue De Lafayette, 5th Floor**  
**Boston, MA 02111**  
**Fax: 413-733-1924**  
**Correo electrónico: [HIM@commonwealthcare.org](mailto:HIM@commonwealthcare.org)**