



AUTORIZACIÓN PARA USAR O DIVULGAR INFORMACIÓN PROTEGIDA DE SALUD

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

1. Información del miembro

Nombre _____ <i>Apellido, nombre, inicial del segundo nombre</i>	Fecha de nacimiento: ____/____/____	Identificación de CCA: _____				
Dirección: _____ <table><tr><td><i>Dirección</i></td><td><i>Ciudad</i></td><td><i>Estado</i></td><td><i>Código postal</i></td></tr></table>			<i>Dirección</i>	<i>Ciudad</i>	<i>Estado</i>	<i>Código postal</i>
<i>Dirección</i>	<i>Ciudad</i>	<i>Estado</i>	<i>Código postal</i>			
Teléfono: ____-____-____	Dirección de correo electrónico: _____					

2. Permiso para obtener/divulgar información de salud del miembro

Obtener de (Los registros se cargarán y se incluirán en su Commonwealth Care Alliance, Inc. (CCA) gráfico una vez recibido): Nombre: _____ Dirección: _____ Teléfono: ____-____-____ Dirección de correo electrónico: _____	Divulgar a: Nombre: _____ Dirección: _____ Teléfono: ____-____-____ Dirección de correo electrónico: _____
--	---

Descripción: ☐ Registro completo o ☐ parcial – Si es parcial, describa los registros de salud o la información necesaria:

☐ Para este período: ____/____/____ **A:** ____/____/____

Objetivo: ☐ A petición del miembro/otra persona ☐ Other: _____

En formato: ☐ Escrito ☐ Copias electrónicas/en papel por: ☐ Fax ☐ Correo electrónico

☐ Entrega a domicilio o recogida

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

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

4. Vencimiento y revocación

Esta AUTORIZACIÓN completa para "DIVULGAR" copias de los registros de CCA vencerá en un año a menos que sea revocada. Esta AUTORIZACIÓN completada para "OBTENER" registros, a menos que sea revocada de otro modo, es válida durante 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 Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos (HIPAA):

☐ Representante de los herederos/albacea: ☐ Poder legal ☐ 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 (TTY 711), de 8 am a 8 pm, los 7 días de la semana.

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