



Un licenciatario independiente de Blue Cross Blue Shield Association

## Autorización para divulgar información

Use este formulario cuando quiera que Blue Cross® Blue Shield® of Arizona divulgue su información de salud protegida (PHI) a una persona u organización en su nombre, como un familiar, amigo o empleador/exempleador.

### ¿Tiene preguntas?

Para obtener información adicional, llame al departamento de servicio al cliente al **1-833-229-3593**, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., todos los días, hora local. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.

For additional information, call Member Services at **1-833-229-3593**, 8 a.m. to 8 p.m., daily, local time. TTY users should call 711.



# Instrucciones de la autorización para divulgar información de Blue Cross Blue Shield of Arizona

Si quiere que Blue Cross Blue Shield of Arizona divulgue su información de salud protegida (PHI) a una persona u organización en su nombre, como un familiar, amigo o empleador/exempleador, debe completar y firmar esta Autorización para divulgar información. Revise y complete todo el formulario. Si tiene alguna pregunta, llame al departamento de servicio al cliente al **1-833-229-3593**, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., todos los días, hora local. Los usuarios de TTY deben llamar al **711**.

## Sección A: Información del miembro

Incluya su nombre, dirección y número de identificación de miembro. Su número de teléfono es opcional, pero podría facilitar las comunicaciones de seguimiento.

## Sección B: Autorización para divulgar información

Marque la casilla o las casillas que se aplican al tipo de PHI que quiere divulgar. Tenga en cuenta que si la información se relaciona con el diagnóstico o el tratamiento de alcoholismo o adicción a las drogas, también debe informar el nombre de los centros o programas de tratamiento. Si se relaciona con notas de psicoterapia, además de otra información que quiera divulgar, debe completar un formulario separado para dichas notas. Si marca "Otro", describa los tipos de PHI para los que autoriza su divulgación.

## Sección C: Si la divulgación conlleva una reclamación o apelación

Decida si quiere que enviemos sus avisos de reclamación y todos los pagos del miembro por las reclamaciones a la persona que autoriza, o si quiere que la información se siga enviando a la dirección en su registro de miembro.

## Sección D: Personas u organizaciones autorizadas a recibir información de salud protegida

Identifique a la persona u organización que puede recibir y usar su PHI. Si quiere que Blue Cross Blue Shield of Arizona divulgue su PHI a una persona u organización en su nombre, como un familiar, amigo o empleador/exempleador, debe marcar la casilla "Blue Cross Blue Shield of Arizona" y escribir allí el nombre, número de teléfono y dirección de la persona u organización. También marque la casilla si la persona a su vez es su representante autorizado y tiene documentos legales que prueban dicha relación. Si marca la segunda casilla, indique otras personas u organizaciones a las que autoriza para divulgar su información.

## Sección E: Caducidad y revocación

La autorización caducará automáticamente un año después de la fecha que firma el formulario, a menos que incluya otra fecha de vencimiento o suceso.

## Sección F: Firma

Escriba su nombre en el primer espacio en blanco, firme el formulario de autorización completo, escriba la fecha y regrese el formulario a la siguiente dirección:

Blue MedicareRx  
A la atención de: Appeals and Grievance  
10181 Scripps Gateway Court  
San Diego, CA 92131  
Fax: 1-858-790-6060

**Si usted es el representante autorizado, debe saber lo siguiente:** Un representante autorizado es una persona con autoridad conforme a la ley estatal para tomar decisiones de atención médica en nombre de una persona. Blue Cross Blue Shield of Arizona necesitará documentación de dicho estado legal para procesar una autorización firmada por un representante autorizado.

# Autorización para divulgar información

## Sección A: Información del miembro (persona que permite la divulgación de información)

Nombre del miembro:

Dirección:

Teléfono:

(      )      –

Número de identificación de miembro de Blue MedicareRx<sup>SM</sup> (PDP):

### Lea lo siguiente y complete la información solicitada.

**Sin condiciones:** Esta autorización es voluntaria. No condicionaremos su inscripción en un plan de salud o de su elegibilidad, o el pago de los beneficios, al hecho de recibir esta autorización.

**Consecuencia de la concesión de esta autorización:** La PHI descrita abajo se puede divulgar a personas u organizaciones que no están sujetas a las leyes federales de privacidad de la información de salud, o la pueden recibir estas personas u organizaciones. Además, dichas personas u organizaciones pueden divulgar la PHI y, en estos casos, es posible que ya no cuente con la protección de las leyes federales de privacidad de la información de salud.

**Notas de psicoterapia:** La ley federal indica que las notas de psicoterapia no se pueden divulgar mediante el mismo formulario de autorización que se usa con otros registros. Para poder divulgar las notas de psicoterapia, debe completar un formulario de autorización separado.

**Propósito de la divulgación de información:** La PHI que se describe abajo puede ser utilizada por la persona que autorizo a recibir esta información con fines de tratamiento o consulta médica, facturación o pago de reclamaciones, administración de mis beneficios de Blue MedicareRx, entre otros, según lo que indique.

## Sección B: Autorizo a Blue Cross and Blue Shield of Arizona a divulgar la siguiente información

(Marque una o más casillas y complete los espacios en blanco, si corresponde. Describa de manera específica y pertinente los tipos de PHI cuya divulgación quiere permitir).

AUTORIZO DE MANERA ESPECÍFICA la divulgación de mi información de salud protegida de acuerdo con la descripción anterior. (Si la información se relaciona con el diagnóstico o el tratamiento de alcoholismo o adicción a las drogas, debe informar el nombre de los centros o programas de tratamiento).

- Dirección, fecha de nacimiento, estado de miembro
- Información de la reclamación del servicio ante (nombre del proveedor) \_\_\_\_\_ para las fechas de servicio de \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_
- Información de la prima
- Notas de psicoterapia (consulte la información arriba)
- Información necesaria para que pueda entender mis beneficios y resolver problemas de facturación, conflictos sobre los beneficios y otras cuestiones.
- Otro (especifique la información y los tipos de información que se divulgarán):

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Sección C: Si esta divulgación se relaciona con una reclamación o una apelación, seleccione a dónde se deben enviar sus avisos sobre reclamaciones y pagos del miembro: (deje el espacio en blanco si eso no se aplica a su caso)**

- Quiero que todos los avisos sobre reclamaciones, la correspondencia relacionada con apelaciones y los pagos del miembro por estas reclamaciones se envíen a la persona que figura abajo. Entiendo que si marco esta casilla, la información no se enviará a la dirección que figura en mi registro de miembro.
- No quiero que todos los avisos sobre reclamaciones, la correspondencia relacionada con apelaciones y los pagos del miembro por estas reclamaciones se envíen a la persona que figura abajo. Se enviarán a la dirección que figura en mi registro de miembro.

**TIENE DERECHO A RECIBIR UNA COPIA DE ESTA AUTORIZACIÓN**

**Sección D: Personas u organizaciones autorizadas a recibir y usar mi información de salud protegida**

- Nombre o identifique de manera específica a las personas u organizaciones (o las clases de personas u organizaciones) que autoriza a recibir y usar la PHI que se describe arriba:

Nombre o puesto en la organización	Número de teléfono (     )     -
Dirección (ciudad, estado, código postal)	

- Esta persona es mi representante autorizado.
- Nombre o describa de manera específica a las personas u organizaciones (o las clases de personas u organizaciones) a las que autoriza a divulgar la PHI que se describe arriba (marque al menos una casilla y complete el espacio en blanco, si corresponde):
  - Blue Cross Blue Shield of Arizona
  - Otras personas/organizaciones:

---

---

Describa brevemente el propósito de la divulgación:

---

---

## Sección E: Caducidad y revocación

**Caducidad:** Esta autorización caducará un año después de la fecha de su firma, o marque una casilla y complete los espacios en blanco, según corresponda:

- El (inserte una fecha) \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_
- Cuando se resuelva una cuestión en particular (especifique la cuestión, por ejemplo, "Reclamación sobre los medicamentos con receta de febrero de 2011"): \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- Cuando finalice mi cobertura de Blue MedicareRx.

**Derecho a revocar:** Entiendo que puedo cancelar esta autorización por escrito en cualquier momento, pero esto no afectará ninguna divulgación de información procesada antes de la cancelación. Los avisos de cancelación por escrito se deben enviar a:

Blue MedicareRx  
A la atención de: Appeals and Grievance  
10181 Scripps Gateway Court  
San Diego, CA 92131  
Fax: 1-858-790-6060

## Sección F: Firma

Si la información se relaciona con el diagnóstico o el tratamiento de alcoholismo o adicción a las drogas, entiendo que las personas que nombré para recibir la información deben tratarla como confidencial. La información no se puede divulgar nuevamente sin una autorización firmada por mí. En el caso de cualquier otra información que no esté relacionada con el diagnóstico o el tratamiento de alcoholismo o adicción a las drogas, entiendo que es posible que las personas que nombré para recibir la información no estén sujetas a leyes de privacidad. Es posible que puedan divulgar la información y que las leyes de privacidad ya no la protejan.

Yo, \_\_\_\_\_, tuve plena oportunidad de leer y analizar el contenido de esta autorización. Entiendo que, si firmo este formulario, confirmo mi autorización para usar o divulgar mi información de salud protegida, como se describe en este formulario.

**Firma:** \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Si esta autorización es firmada por un representante autorizado, complete lo siguiente:

Nombre del representante autorizado: \_\_\_\_\_

Relación con la persona: \_\_\_\_\_

(Un representante autorizado debe proporcionar documentación del estado legal, como un poder legal).

Blue Cross Blue Shield of Arizona (BCBSAZ) cumple con las leyes federales de derechos civiles vigentes y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. Proporcionamos ayuda y servicios sin costo a personas con discapacidades para que se comuniquen con nosotros eficazmente, como intérpretes calificados e información escrita en otros formatos, como letra grande y formatos electrónicos accesibles. También proporcionamos servicios de idiomas sin costo para personas cuya lengua materna no es el inglés, como intérpretes calificados e información escrita en otros idiomas. Si necesita estos servicios, llame al **1-833-229-3593** (TTY: **711**).

**Spanish: ATENCIÓN:** si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-833-229-3593 (TTY: 711).

**Navajo:** Díí baa akó nínízin: Díí saad bee yánílti'go Diné Bizaad, saad bee áká'ánída'áwo'déé', t'áá jiiik'eh, éí ná hóló, kojí' hódíílnih 1-833-229-3593 (TTY: 711).

