

AUTORIZACIÓN DE DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN SOBRE LA SALUD PROTEGIDA

Por el presente autorizo a CareAllies®,* sus agentes o subsidiarias a divulgar la Información sobre la salud protegida (PHI, por sus siglas en inglés) que se especifica a continuación, a las personas físicas o jurídicas designadas en este formulario.

Tenga en cuenta que: Este formulario no es necesario para todas las divulgaciones de su PHI. Por ejemplo, este formulario no será necesario para divulgar información a:

- los padres de hijos menores u otros dependientes
- el Representante personal registrado en CareAllies

Divulgaremos determinada PHI acerca de usted a estas personas en caso de que lo soliciten, si completan satisfactoriamente un proceso de verificación de la identidad cuando llamen. Escriba sus respuestas con letra de molde en este formulario. **Se deben completar todas las secciones para que esta autorización sea válida.**

1. Verificación

ID del Miembro/Participante: *(La siguiente información es necesaria para verificar la identidad).*

Nombre del Cliente cuya información se divulgará: _____

Fecha de nacimiento: _____

Dirección del Cliente: _____

Número de teléfono donde podemos encontrarlo si necesitamos comunicarnos con usted para procesar su solicitud (obligatorio): _____

N.º del Seguro Social (opcional): _____ N.º de tarjeta de ID del Cliente (si corresponde): _____

N.º de grupo o cuenta que aparece en la tarjeta de ID: _____

Nombre del Suscriptor (si difiere del Cliente): _____

Empleador del suscriptor: _____ Relación del Suscriptor con el Cliente: _____

N.º del Seguro Social del Suscriptor (si difiere del Cliente) (opcional): _____

Si tiene cobertura adicional, además de la descrita arriba, proporcione también la siguiente información:

Nombre del otro Empleador: _____

N.º de tarjeta de ID del Cliente: _____

N.º de grupo o cuenta que aparece en la tarjeta de ID: _____

¿Esta solicitud se aplica a toda la cobertura? ☐ Sí ☐ No



2. Descripción de la información que se divulgará

Especifique qué información desea divulgar marcando uno o más casilleros a continuación. Si desea otorgar acceso limitado (es decir, fechas de servicio específicas, cuestiones específicas relacionadas con la administración de casos, etc.), especifíquelo en el espacio provisto.

- ☐ Reclamos: _____
- ☐ Elegibilidad/Beneficios: _____
- ☐ Registros médicos: _____
- ☐ Administración de casos: _____
- ☐ Todos los registros sobre la salud (incluye todos los anteriores): _____
- ☐ Otra: _____

A menos que se indique lo contrario, mi autorización incluye la divulgación de lo siguiente: (*Tache lo que desee excluir, si corresponde*).

- Diagnóstico y/o tratamiento de alcoholismo y/o abuso o dependencia de las drogas
- Diagnóstico y/o tratamiento de enfermedades mentales
- Resultados de análisis de anticuerpos contra el VIH y/o diagnóstico y tratamiento del SIDA
- Información de pruebas genéticas

Residentes de Oklahoma: La información cuya divulgación se autoriza puede incluir registros relacionados con una enfermedad contagiosa o venérea, entre las cuales se incluyen, a modo de ejemplo, enfermedades como la hepatitis, sífilis, gonorrea y VIH/SIDA. Es posible que pueda contar con protecciones adicionales en virtud del artículo 1-502.2 del Compendio de Leyes de Oklahoma si se divulgará este tipo de información.

3. Persona física o jurídica autorizada a recibir información

Nombre: _____ Compañía (si corresponde): _____

Dirección de la persona física o jurídica autorizada a recibir la información: _____

4. Finalidad de esta autorización de divulgación de información

- ☐ A pedido del titular
- ☐ Otra (describa) _____

Si no se especifica la fecha de vencimiento en este formulario, su autorización vencerá al cabo de un año, y será necesario que presente una nueva autorización en ese momento.

5. Vencimiento de esta autorización

Esta autorización vence: _____ (fecha o acontecimiento).

Si indica un acontecimiento en lugar de una fecha específica, será necesario que envíe un formulario de revocación cuando se produzca el acontecimiento.

Nota para clientes en los siguientes estados: Si vive en **Arizona, California, Georgia, Illinois, Massachusetts, Montana o Minnesota**, su autorización será válida por un máximo de un año. Las autorizaciones firmadas por residentes de **Virginia** serán válidas por un máximo de dos años. Los Clientes que vivan en esos estados y quieran autorizar la divulgación de su información personal por un período más largo tendrán que enviar una nueva autorización en el momento en que venza esta autorización.

Tenga en cuenta que:

- La información divulgada en virtud de esta autorización puede ser divulgada nuevamente por el destinatario, y es posible que deje de estar protegida por las reglamentaciones sobre privacidad federales.
- Si la información suministrada en este formulario no está completa, CareAllies le devolverá el formulario, y esta solicitud no será tenida en cuenta hasta tanto CareAllies reciba la información completa.
- Si se modifica su ID de Cliente o la fecha de nacimiento, será necesario que complete otro formulario en ese momento.
- Si el Cliente o Grupo se cambia a un tipo de cobertura de beneficios de cuidado de la salud diferente brindada por CareAllies, será necesario que complete otro formulario en ese momento.
- Podrá modificar o revocar esta solicitud enviando una solicitud por escrito a CareAllies, Central HIPAA Unit, a la dirección que se indica a continuación.
- La prestación de tratamiento, el pago, la inscripción o los requisitos que se deben cumplir para recibir beneficios no dependen de que usted firme esta autorización.

He leído y comprendo la información incluida más arriba.

Mi firma autoriza la divulgación de la información descrita.

6. Firma del Cliente, Representante personal, padre/tutor que autoriza la divulgación:

Fecha: _____

Relación si la persona que firma no es el

Cliente cuya información se usará y divulgará: _____

- Si esta solicitud es realizada por un Representante personal, le pediremos un comprobante para verificar la competencia de ese Representante personal antes de que esta solicitud se considere completa.
- Si la solicitud es realizada por un padre/tutor, complete lo siguiente: El Cliente es un menor de _____ años de edad. Si está realizando esta solicitud en nombre de un menor de edad, es posible que pidamos información adicional antes de que esta solicitud se considere completa.

Le recomendamos que conserve una copia del formulario completado para sus archivos. CareAllies conservará una copia y la pondrá a su disposición cuando lo solicite.

Envíe este formulario completado:

Por correo a: CareAllies PRIVACY OFFICE HIPAA UNIT,
PO Box 188014,
Chattanooga, TN 37422

Fax: 877.815.4827 o al 859.410.2419



"CareAllies" es una marca de servicio registrada de Cigna Intellectual Property, Inc., cuya licencia de uso poseen Cigna Corporation y sus subsidiarias operativas. Todos los productos y servicios son brindados exclusivamente por dichas subsidiarias operativas y no por Cigna Corporation. Dichas subsidiarias operativas incluyen a International Rehabilitation Associates, Inc. (Intracorp), Evernorth Care Solutions, Inc., Behavioral Health, Inc. y vielife Limited. Los modelos se usan con fines ilustrativos únicamente.