

INSTRUCCIONES PARA COMPLETAR EL FORMULARIO ESTÁNDAR DE AUTORIZACIÓN PARA EL USO O LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA

Complete el formulario a partir de la página 3

Utilice este formulario para autorizar que HealthSpring divulgue su información médica protegida (Personal Health Information, PHI) a una persona u organización en específico. Siga las instrucciones a continuación, o si necesita ayuda, comuníquese con Servicio al Cliente al número en su tarjeta de asegurado. **Complete el formulario en su totalidad.**

Se puede usar un **formulario de autorización** para varios servicios o prestadores de servicios médicos, o puede completar un formulario por reclamación o procedimiento durante un período determinado. El uso del **formulario de autorización** se completa de manera voluntaria y puede ser revocado en cualquier momento.

Sección I. Nombre de la persona cuya información médica protegida se está divulgando

En esta **sección**, se identifica a la persona que está solicitando la autorización. Esta persona puede ser el titular de la póliza, su cónyuge, un dependiente o cualquier otra **persona** incluida en la cobertura del titular de la póliza. Es **obligatorio** completar todos los campos. Ejemplo: *Jane Doe es la persona que está solicitando la autorización.*

nombre Jane apellido Doe n.º de grupo 123456
n.º de seguro social ###-##-#### fecha de nacimiento 05-10-1962 n.º de asegurado/titular de la póliza XOP123456789
domicilio 123 Main Street ciudad Anytown estado IL código postal 12345
n.º telefónico con código de área 312-555-1212

Sección II. Nombre de la persona u organización que está recibiendo la información médica protegida

En esta sección, se identifica a la persona o entidad (un familiar, amigo íntimo, corredor de seguros, abogado, otro interesado de confianza u organización) que está autorizada para acceder a la información médica protegida de la persona mencionada en la sección I. Si menciona una organización, identifique el nombre o el cargo de la persona que puede recibir la información médica protegida (por ej., representantes de beneficios, Departamento de Recursos Humanos, encargado de alguna agencia de seguro médico, entre otros). Ejemplo: *Jane Doe ha identificado a su hija, Suzy Smith, como la persona que puede recibir su información médica protegida.*

Solicito y autorizo que HealthSpring divulgue mi información médica protegida para los propósitos mencionados a continuación. **Entiendo que, si la persona u organización mencionadas no son una compañía aseguradora o un prestador de servicios médicos, es posible que la información divulgada no esté protegida por las leyes federales en materia de privacidad.**
personas/organizaciones autorizadas para recibir la información Suzy Smith

parentesco Daughter propósito Assisting in medical care
domicilio 123 Main Street ciudad Anytown estado IL código postal 12345

Sección III. Descripción de la información médica protegida que se está divulgando

(Esta autorización no es válida para la divulgación de apuntes psicoterapéuticos)

En esta sección, la persona mencionada en la Sección I selecciona qué información médica protegida y la manera en que desea divulgarla a la persona u organización mencionadas en la Sección II. La Sección III tiene 2 partes que se deben completar en su totalidad.

Sección III A. Divulgación de información médica protegida por las leyes estatales

En esta sección, la persona mencionada en la Sección I autoriza si desea que cierta información médica (que podría estar protegida por las leyes estatales) se divulgue a la persona o la entidad mencionadas en la Sección II. Debe seleccionar la casilla "sí" o "no". Ejemplo: Jane ha autorizado que Suzy reciba su información médica que podría estar protegida por las leyes estatales.

Debe seleccionar la casilla "sí" o "no" si autoriza la divulgación de la información médica, de los resultados de exámenes, de los registros o de los comunicados específicos. **(Aviso: Un "sí" indica que esta información se incluye en las categorías que nombró en la parte B a continuación.)**

La información médica protegida por las leyes estatales incluye lo siguiente:

- Ciertas enfermedades contagiosas (por ej., el virus de inmunodeficiencia humana, las enfermedades por contacto sexual y la hepatitis, etc.), el abuso de sustancias (como el consumo de drogas o alcohol), las pruebas de salud mental y genéticas.

Yes
 No

Sección III B. Divulgación de la información médica protegida (seleccione todas las necesarias)

En esta sección, la persona mencionada en la Sección I indica los tipos de información médica protegida que HealthSpring puede divulgarle a la persona u organización autorizadas mencionadas en la Sección II. También se debe indicar las fechas de servicio para que HealthSpring solo divulgue la información solicitada. Ejemplo: Jane le autoriza a HealthSpring a que le divulgue a Suzy la información sobre reclamaciones del 12 de junio de 2020 al 30 de marzo de 2022.

- | | | Fechas de servicio (mes/día/año)
del: _____ al: _____ |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Información de la cobertura médica: | Incluye información del certificado de beneficios y servicios médicos (por ej., copagos, coaseguro, elegibilidad y más información sobre servicios incluidos). | |
| <input checked="" type="checkbox"/> Información sobre reclamaciones: | Incluye información en relación con el pago de reclamaciones por servicios recibidos, abarcando información específica que aparezca en las reclamaciones (por ej., cantidad facturada, descripciones generales de procedimientos con motivos para el pago o rechazo de reclamaciones, etc.). | <u>6-12-20</u> <u>03-30-22</u> |
| <input type="checkbox"/> Información sobre determinaciones de servicios: | Incluye cualquier información en relación con las decisiones previas, concurrentes y posteriores al servicio. | |
| <input type="checkbox"/> Información sobre primas: | Incluye información en relación con ciclos de facturación, cambios a cargos a cuenta bancaria, etc. | |
| <input type="checkbox"/> Servicios del prestador de servicios médicos o proveedor: | Nombre del prestador/proveedor: _____
(Incluya la información sobre los servicios que ofrece el prestador o proveedor). | |
| <input type="checkbox"/> Otra información: | (Especifique otra información que no aparezca en las categorías mencionadas) | |

Sección IV. Vigencia y revocación

En esta sección, la persona mencionada en la Sección I debe seleccionar una fecha para finalizar la vigencia de esta autorización y reconocer su derecho para revocar esta Autorización en cualquier momento. Todas las autorizaciones requieren una fecha o suceso de vigencia (por ej. **“fecha de alta por hospitalización”**, **“fecha en que termina una rehabilitación”**, etc.). **Ejemplo:** *La autorización de Jane tiene una validez de un año a partir de la fecha en que se firma, a menos que Jane decida revocarla.*

Vigencia: La vigencia de la autorización será (debe seleccionar una opción):

- Un año a partir de la fecha en que se firma** **Otra fecha** (indique fecha o suceso) _____

Derecho a revocar: Entiendo que puedo dar por terminada esta autorización en cualquier momento mediante un aviso por escrito dirigido a HealthSpring a la dirección que aparece al final de este formulario. **Entiendo que revocar esta autorización no afectará cualquier medida correspondiente que tome la entidad mencionada antes de que la entidad reciba mi aviso de revocación por escrito.**

Sección V. Firma

En esta sección, la persona mencionada en la Sección I firma y fecha el formulario. Sin embargo, si el representante autorizado mencionado a continuación completa el formulario, el mismo debe proporcionar documentación como se describe a continuación. Si la persona es un menor de 18 años, en cuyo caso, uno de sus padres o tutor debe firmar el formulario de autorización. Debe firmarlo la persona, el parente del menor o el representante autorizado. Ejemplo: *Jane firma y fecha el formulario.*

Entiendo que esta autorización es de carácter voluntario y que, al firmarla, la compañía de seguros no puede cambiar mi elegibilidad para los servicios con cobertura, los tratamientos, la solicitud de cobertura o el pago de reclamaciones. Entiendo que si estoy firmando en nombre de un menor, mi autorización tendrá validez hasta que el menor cumpla 18 años, a menos que se presenten pruebas de tutela.

firma Jane Doe _____ fecha (mes/día/año) 03-30-22 _____

Si es apoderado, tutor, albacea o administrador, proporcione la información que se solicita a continuación y presente los documentos legales correspondientes. Aviso: No tiene que adjuntar copias de estos documentos si ya constan en los archivos de HealthSpring.

nombre del representante autorizado _____ parentesco con el interesado _____

domicilio del representante autorizado _____ ciudad _____ estado _____ código postal _____

n.º telefónico con código de área del representante autorizado _____

Sección final

En esta sección, se ofrecen sugerencias sobre cómo mantener una copia de la autorización antes de entregarla a HealthSpring.

ANTES DE ENVIAR UN FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN DEBE MANTENER UNA COPIA PARA SUS REGISTROS:

1. HACIENDO UNA FOTOCOPIA DE ESTE FORMULARIO FIRMADO; O
2. COMPLETANDO Y FIRMANDO EL FORMULARIO DUPLICADO QUE RECIBIÓ O IMPRIMIÓ.

FORMULARIO ESTÁNDAR DE AUTORIZACIÓN PARA EL USO O LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA

Sección I. Nombre de la persona cuya información médica protegida se está divulgando

nombre _____ apellido _____ n.º de grupo _____
n.º de seguro social _____ fecha de nacimiento _____ n.º de asegurado/titular de la póliza _____
domicilio _____ ciudad _____ estado _____ código postal _____
n.º telefónico con código de área _____

Sección II. Nombre de la persona u organización que está recibiendo la información médica protegida

Solicito y autorizo que HealthSpring divulgue mi información médica protegida para los propósitos mencionados a continuación. **Entiendo que, si la persona u organización mencionadas no son una compañía aseguradora o un prestador de servicios médicos, es posible que la información divulgada no esté protegida por las leyes federales en materia de privacidad.**

personas/organizaciones autorizadas para recibir la información _____
parentesco _____ propósito _____
domicilio _____ ciudad _____ estado _____ código postal _____

Sección III. Descripción de la información médica protegida que se está divulgando

(Esta autorización no es válida para la divulgación de apuntes psicoterapéuticos)

Sección III A. Divulgación de información médica protegida por las leyes estatales

Debe seleccionar la casilla "sí" o "no" si autoriza la divulgación de la información médica, de los resultados de exámenes, de los registros o de los comunicados específicos. (Aviso: Un "sí" indica que esta información se incluye en las categorías que nombra en la parte B a continuación.):

La información médica protegida por las leyes estatales incluye lo siguiente:

- Ciertas enfermedades contagiosas (por ej., el virus de inmunodeficiencia humana, las enfermedades por contacto sexual y la hepatitis, etc.), el abuso de sustancias (como el consumo de drogas o alcohol), las pruebas de salud mental y genéticas. Sí No

Sección III B. Divulgación de la información médica protegida (seleccione todas las necesarias)

Fechas de servicio (mes/día/año)
del: _____ al: _____

- Información de la cobertura médica: Incluye información del certificado de beneficios y servicios médicos (por ej., copagos, coaseguro, elegibilidad y más información sobre servicios incluidos). _____
- Información sobre reclamaciones: Incluye información en relación con el pago de reclamaciones por servicios recibidos, abarcando información específica que aparezca en las reclamaciones (por ej., cantidad facturada, descripciones generales de procedimientos con motivos para el pago o rechazo de reclamaciones, etc.). _____
- Información sobre determinaciones de servicios: Incluye cualquier información en relación con las decisiones previas, concurrentes y posteriores al servicio. _____
- Información sobre primas: Incluye información en relación con ciclos de facturación, cambios a cargos a cuenta bancaria, etc. _____
- Servicios del prestador de servicios médicos o proveedor: Nombre del prestador/proveedor: _____
(Incluya la información sobre los servicios que ofrece el prestador o proveedor.) _____
- Otra información: (Especifique otra información que no aparezca en las categorías mencionadas.) _____

Sección IV. Vigencia y revocación

Vigencia: La vigencia de la autorización será (*debe seleccionar una opción*):

Un año a partir de la fecha en que se firma **Otra fecha** (*indique fecha o suceso*): _____

Derecho a revocar: Entiendo que puedo dar por terminada esta autorización en cualquier momento mediante un aviso por escrito dirigido a HealthSpring a la dirección que aparece al final de este formulario. **Entiendo que revocar esta autorización no afectará cualquier medida correspondiente que tome la entidad mencionada antes de que la entidad reciba mi aviso de revocación por escrito.**

Sección V. Firma

Entiendo que esta autorización es de carácter voluntario y que, al firmarla, la compañía de seguros no puede cambiar mi elegibilidad para los servicios con cobertura, los tratamientos, la solicitud de cobertura o el pago de reclamaciones. Entiendo que si estoy firmando en nombre de un menor, mi autorización tendrá validez hasta que el menor cumpla 18 años, a menos que se presenten pruebas de tutela.

firma _____ fecha (mes/día/año) _____

Si es apoderado, tutor, albacea o administrador, proporcione la información que se solicita a continuación y presente los documentos legales correspondientes. Aviso: No tiene que adjuntar copias de estos documentos si ya constan en los archivos de HealthSpring.

nombre del representante autorizado _____ parentesco con el interesado _____

domicilio del representante autorizado _____ ciudad _____ estado _____ código postal _____

n.º telefónico con código de área del representante autorizado _____

Sección final

ANTES DE ENVIAR UN FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN DEBE MANTENER UNA COPIA PARA SUS REGISTROS:

1. HACIENDO UNA FOTOCOPIA DE ESTE FORMULARIO FIRMADO; O
2. COMPLETANDO Y FIRMANDO EL FORMULARIO DUPLICADO QUE RECIBIÓ O IMPRIMIÓ.

ENVÍE LA AUTORIZACIÓN RELLENADA Y FIRMADA A LA DIRECCIÓN CORRESPONDIENTE:

Cobertura Medicare Advantage:

HealthSpring
Medicare Advantage Privacy Rights Intake and Management
PO Box 24207
Nashville, TN 37202

Cobertura de Medicare para medicamentos recetados:

HealthSpring
Medicare Prescription Drug Plan
PO Box 269005
Weston, FL 33326-9927

Si necesita ayuda para completar el formulario, use las instrucciones presentadas anteriormente
o llame al número en la tarjeta de asegurado.

**Queda estrictamente prohibido modificar el formato, el contenido o la marca comercial de este formulario
sin previa autorización del Departamento de Asuntos de Privacidad (Privacy Office).**