

Autorización para Divulgar Información

Uso y Divulgación de la Información Personal de Salud



Entidad Pública

Inland Empire Health Plan

AUTORIZACIONES ESPECÍFICAS

Autorizaciones Específicas:

OPCIONAL

No se divulgarán registros de PHI sobre diagnósticos de VIH (HIV) y recetas médicas, condiciones psiquiátricas/de salud mental o drogadicción/alcoholismo/abuso de sustancias sin autorización específica. Si usted solicita el uso y la divulgación de dichos registros, por favor escriba sus iniciales en las casillas correspondientes a continuación para otorgar su autorización específica:

- Registros de drogadicción/alcoholismo/abuso de sustancias Registros relacionados con el VIH
 Registros de salud psiquiátrica/mental Otro _____

DIVULGACIONES

AVISO SOBRE LOS DERECHOS Y OTRA INFORMACIÓN:

Entiendo que no estoy obligado a firmar esta Autorización. El hecho de que me niegue a firmarla no afectará mi capacidad para obtener tratamiento o pago, ni la elegibilidad para recibir beneficios. Entiendo que tengo derecho a revocar esta Autorización en cualquier momento, siempre que mi revocación sea por escrito. Entiendo que tengo derecho a recibir una copia. Además, entiendo que si la información proporcionada en esta Autorización se divulga (es proporcionada) a otra persona o agencia, es posible que ésta ya no esté protegida por la ley federal de confidencialidad (HIPAA). Sin embargo, la ley de California no permite que la persona que reciba la información médica por medio de esta Autorización la divulgue, a menos que yo otorgue una nueva autorización para tal divulgación, o a menos que la ley requiera o permita específicamente tal divulgación.

IEHP trabajará en esta solicitud en un plazo de 30 días desde la fecha en que se recibió la Autorización, o en un plazo de 60 días si la información solicitada no se mantiene o es accesible para IEHP en sus instalaciones.

AUTORIZACIÓN

He leído esta Autorización y acepto el uso y la divulgación de la PHI, tal como se especifica.

REQUERIDO

Nombre del Miembro (en letra de imprenta)

Firma del Miembro

Fecha

Si firma en representación del Miembro, describa su autoridad para actuar a nombre del Miembro (por ejemplo, padre o madre de un hijo menor de edad, o tutor legal): _____

Nota: La documentación adecuada de la autoridad del representante legal debe estar registrada en IEHP.

Nombre del Representante Legal del Miembro (en letra de imprenta)

Firma del Representante Legal del Miembro

Fecha

Por favor llene, firme y reenvíe esta Autorización a IEHP:

Inland Empire Health Plan | Attn: Legal Department

P.O. Box 1800 | Rancho Cucamonga, CA 91729

Fax: 909-477-8578 o al 909-890-5877

Correo electrónico: MemberServices@iehp.org