Sentara Health Plans

AUTORIZACIÓN PARA LA UTILIZACIÓN O DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN DEL PLAN DE SALUD
(Representante autorizado)

Esta autorización permanecerá vigente hasta (a) la fecha que usted especifique, (b) la fecha de finalización de la inscripción o (c) la fecha en que retire su permiso.

** Envíe este formulario por correo a la siguiente dirección: Sentara Health Plans
Compliance
PO Box 66189
Virginia Beach, VA 23466
O bien, envíe un correo electrónico a la siguiente dirección: shpprivacy@sentara.com

Declaración de privacidad: Tenga en cuenta que el correo electrónico y los mensajes de texto pueden ser interceptados en su transmisión o desviados.

Paso 1: Complete la información demográfica de la persona que recibe los servicios.

1. _____ Nombre

2. _____ / _____ / _____ Fecha de nacimiento

3. _____ N.° id. de miembro o los últimos cuatro dígitos del número de Seguro Social (SSN)

4. _____ Número de teléfono (especifique si es un número de teléfono móvil).

5. _____ Domicilio, ciudad, estado y código postal

Paso 2: Díganos qué información del plan de salud puede utilizarse o divulgarse.

6. Marque la casilla correspondiente para indicar qué información se puede utilizar o divulgar:

☐ Información sobre reclamos. ☐ Proveedor de atención médica. ☐ Domicilio. ☐ Información de la cuenta.

☐ Información clínica. ☐ Otros. (Consulte las instrucciones). _____

Paso 3: Díganos a quién autoriza para utilizar o recibir la información de su plan de salud.

7. _____ Nombre de la persona autorizada _____ Relación con la persona que recibe los servicios

8. _____ Domicilio de la persona autorizada _____ Número de teléfono móvil o correo electrónico de la persona autorizada

9. OPCIONAL: Fecha de expiración de la autorización: _____/_____/_____
Mes Día Año

Paso 4: Complete y firme esta autorización para los registros de uso de sustancias.

Acepto que la información que se utilizará o divulgará como resultado de esta autorización puede incluir registros que están protegidos por otras leyes federales o estatales aplicables a enfermedades de transmisión sexual, salud mental o uso de sustancias. AUTORIZO ESPECÍFICAMENTE LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN CONFIDENCIAL RELACIONADA CON EL USO DE SUSTANCIAS. El destinatario de la información sobre el uso de sustancias divulgada como resultado de esta autorización necesitará mi autorización adicional por escrito para volver a divulgar esta información. El título 42 del Código de Regulaciones Federales (CFR), artículo 2.32, restringe todo uso de esta información para investigar o procesar penalmente a un paciente con uso de sustancias.

10. _____ _____ / _____ / _____
Persona que recibe los servicios o Firma del representante designado** — Mes / Día / Año

11. _____ _____ / _____ / _____
Firma del padre, la madre o el tutor (si así lo requiere la ley estatal) — Mes / Día / Año

Paso 5: Complete su acuse de recibo de que comprende lo siguiente:

- No es necesario que complete esta autorización, y su negativa no afectará sus beneficios, a menos que esta autorización sea necesaria para determinarlos.
- Existe el riesgo de que el destinatario de la información utilizada o divulgada conforme a esta autorización la vuelva a divulgar y que las leyes federales de privacidad ya no la protejan.
- Usted tiene derecho a revocar esta autorización en cualquier momento, completando y enviando a Sentara Health Plans un formulario de “Revocación de autorización”; no obstante, la revocación no se aplicará a la información que ya haya sido divulgada en respuesta a esta autorización.
- Usted tiene derecho a recibir una copia de esta autorización firmada.

12. _____ _____ / _____ / _____
Persona que recibe los servicios o Firma del representante designado** — Mes / Día / Año

13. _____ _____ / _____ / _____
Relación del representante designado — Mes / Día / Año

***** Adjunte una copia del documento legal correspondiente mediante el cual se le otorga la autorización como representante designado en nombre del miembro.***

Sentara® Health Plans

INSTRUCCIONES PARA COMPLETAR LA AUTORIZACIÓN

1. No omita ningún paso. Escriba toda la información de la manera más completa posible.

2. Paso 1, 1-5: Este es el nombre, la fecha de nacimiento, el número de miembro de Sentara Health Plans, el número de teléfono y el domicilio **del miembro**.

3. Paso 2, 6: Esta es la información que usted autoriza a Sentara Health Plans a divulgar a su representante. La sección «otros» le permite escribir una descripción específica de la información del plan de salud o el nombre de los documentos que no están en la lista de verificación. Ejemplo: «Reclamos para el médico Smith del 2/1/2009 al 2/1/2010».

4. Paso 3, 7-8: Este es el nombre y domicilio de la persona a quien desea otorgarle el acceso a la información del miembro.

   Paso 3, 9: Esto le permite determinar si desea que expire este formulario y la fecha en que desea que lo haga.

5. Paso 4, 10-11: Esta es **la firma del miembro** o la firma de la persona que tiene la autoridad legal para firmar este tipo de documento en nombre del miembro. Esta sección es para los registros médicos de uso de medicamentos y sustancias.

6. Paso 5, 12: Esta es **la firma del miembro** o la firma de la persona que tiene la autoridad legal para firmar este tipo de documento en nombre del miembro.

7. Paso 5, 13: Esta es la relación entre el miembro y la persona que tiene la autoridad legal para firmar los documentos en nombre del miembro. **SOLO** complete esta fila **SI** alguien que no sea el miembro firmó este formulario.

Llame a Servicios al Miembro si tiene preguntas o inquietudes con relación a este formulario de autorización.

Si es miembro de planes grupales de empleador e individuales y familiares, llame a Servicios al Miembro al número que se encuentra en el reverso de su tarjeta de id de miembro. También puede llamar a nuestro número principal al 757-552-7401 o al 1-877-552-7401 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 6 p. m.

Si es miembro de Medicaid, llame al 1-800-881-2166 (TTY: 711).
De 8 a. m. a 8 p. m. | De lunes a viernes

Si es miembro de Sentara Community Complete (HMO D-SNP), llame al 1-866-650-1274 (TTY: 711).
Si es miembro de otro plan de Medicare, llame al 1-800-927-6048 (TTY: 711).
Desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo | Los 7 días de la semana | De 8 a. m. a 8 p. m.
Desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre | De lunes a viernes | De 8 a. m. a 8 p. m.