

AUTORIZACIÓN PARA EL USO O LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA (representante designado)

Esta autorización permanecerá en vigor 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.º de identificación de miembro o últimos 4
dígitos del número de seguro social (SSN)
4. _____
Número de teléfono (especifique si es celular)
5. _____
Dirección, ciudad, estado y código postal

Paso 2: Díganos qué información médica puede utilizarse o divulgarse

6. Marque la casilla correspondiente para indicar qué información se puede usar/divulgar o cambiar:

- Información de los reclamos Proveedor de atención primaria (PCP) Domicilio
- Cambiar o corregir la información de la cuenta
- Información clínica Otros (consulte las instrucciones) _____

7. Marque la casilla correspondiente para indicar el propósito del uso o la divulgación:

- A petición mía
- Otros (ver instrucciones) _____

Paso 3: Díganos a quién autoriza a usar o recibir su información médica

8. _____
Nombre de la persona autorizada Relación con la persona que recibe los servicios
9. _____
Domicilio de la persona autorizada Número de teléfono celular o correo electrónico
de la persona autorizada
10. OPCIONAL: Fecha de expiración de la autorización: ____/____/_____
Mes Día Año

Paso 4: Complete y firme esta autorización para los registros de abuso de alcohol o drogas

Reconozco que la información que se utilizará o divulgará como resultado de esta autorización puede incluir registros protegidos por otras leyes federales o estatales aplicables a enfermedades de transmisión sexual, salud mental o abuso de sustancias. **AUTORIZO ESPECÍFICAMENTE LA DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN CONFIDENCIAL RELACIONADA CON EL ABUSO DE DROGAS O ALCOHOL.** El destinatario de la información sobre abuso de drogas o alcohol divulgada como resultado de esta autorización necesitará mi autorización 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 abuso de alcohol o drogas.

11. _____ Mes / ____ / ____ Año
Persona que recibe los servicios o
Firma del representante designado**

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

Paso 5. Complete su reconocimiento 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.

13. _____ Mes / ____ / ____ Año
Persona que recibe los servicios o
Firma del representante designado**

14. _____ Mes / ____ / ____ Año
Relación del representante designado

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

INSTRUCCIONES PARA COMPLETAR LA AUTORIZACIÓN

1. No omita ningún paso. Escriba toda la información de la manera más completa posible.
2. Paso 1, n.º 1, n.º 2, n.º 3 y n.º 4: Son **su** nombre, su fecha de nacimiento, los últimos 4 dígitos de su número de seguro social o su número de miembro de Sentara Health Plans.
3. Paso 2, n.º 5: Esta es la información que desea que Sentara Health Plans proporcione. La sección «otros» le permite hacer una descripción específica de la información médica o el nombre de los documentos que no están en la lista de verificación.información médica Ejemplo: «Reclamos para el Dr. Smith del 2/1/2009 al 2/1/2010».
4. Paso 2, nro. 6: Esta es una descripción del propósito para solicitar que Sentara Health Plans proporcione la información a otra persona. Ejemplo: «Revisión de los reclamos pagados al Dr. Smith».
5. Paso 3, nro. 7 y nro. 8: Estos son el nombre y el domicilio de la persona que desea que reciba las copias de los documentos que solicita.
6. Paso 3, nro. 9: Esto le permite determinar cuándo desea que caduque este formulario. Si no pone una fecha, esta autorización caducará en dos (2) años a partir de la fecha de la firma.
7. Paso 4, nro. 10: Esta es **su firma** o la firma de la persona que tiene la autoridad para firmar este tipo de documento en representación suya. Esta sección es para registros médicos de abuso de drogas y alcohol.
8. Paso 4, nro. 11: Esta es la relación entre usted y la persona que tiene la autoridad para firmar este tipo de documento en representación suya. **SOLO** complete esta línea **SI** alguien que no es usted firmó este formulario.
9. Paso 5, nro. 12: Esta es **su firma** o la firma de la persona que tiene la autoridad para firmar este tipo de documento en representación suya.
10. Paso 5, nro. 13: Esta es la relación entre usted y la persona que tiene la autoridad para firmar este tipo de documento en representación suya. **SOLO** complete esta línea **SI** alguien que no es usted 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 de grupo de empleadores o de planes individuales y familiares, comuníquese con Servicios al Miembro al número que figura en el reverso de su tarjeta de identificación de miembro. También puede llamar a nuestro número principal al 757-552-7401 o 1-877-552-7401 (TTY: 711).

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

Sentara Medicare

Si es miembro del plan Sentara Community Care Complete (HMO D-SNP), llame al 1-866-650-1274 (TTY: 711)

Si es otro tipo de miembro 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.