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

Acepto que la información que se usará o divulgará como resultado de esta autorización puede incluir registros que están protegidos por otras leyes federales o estatales aplicables al 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.

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

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

Paso 5: confirme que entiende lo siguiente:

- Usted tiene derecho a revisar la información que se usa o divulga.
- 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 usada o divulgada conforme a esta autorización la vuelva a divulgar y que las leyes federales de privacidad ya no la protejan.
- Tiene derecho a revocar esta autorización en cualquier momento. Para ello, complete y envíe un formulario de "Revocación de autorización" a Sentara Health Plans.
- Usted tiene derecho a recibir una copia de esta autorización firmada.

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

13. _____ 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. **ESCRIBA** la información con bolígrafo para facilitar la lectura.
2. No omita ningún paso. Escriba toda la información de la manera más completa posible.
3. 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.
4. 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».
5. 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».
6. 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.
7. 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.
8. 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.
9. 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.
10. 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.
11. 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 al 1-800-881-2166 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. si tiene preguntas o inquietudes sobre este formulario de autorización.