

## Autorización para el uso o la divulgación de información médica (representante designado)

### Lea primero esta información:

Debe completar este formulario si desea autorizar a Optima Health a usar o divulgar su información médica a personas que pueden o no estar directamente involucradas en la toma de decisiones con respecto a su atención médica. Esta autorización permanecerá en vigor hasta (a) la fecha que especifique, (b) la fecha de finalización de la inscripción o (c) la fecha en que retire su permiso.

\*\* Envíe este formulario por correo postal a: Optima Health Compliance, PO Box 66189, Virginia Beach, VA 23466 o por correo electrónico a: [shpprivacy@sentara.com](mailto:shpprivacy@sentara.com).

(Declaración de privacidad: tenga en cuenta que las comunicaciones por correo electrónico y mensajes de texto pueden ser interceptadas o desviadas).

---

### Paso 1: complete la información demográfica de la persona que recibe los servicios:

1. \_\_\_\_\_  
Nombre
2. \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento
3. \_\_\_\_\_  
Nro. de id. de miembro o número de Seguro Social (SSN)
4. \_\_\_\_\_  
Número de teléfono (especifique si es celular).

---

### Paso 2: díganos qué información médica puede usarse o divulgarse:

5. Marque la casilla correspondiente para indicar qué información se puede usar/divulgar o cambiar:  
Información sobre reclamos  Proveedor de atención primaria (PCP)  Domicilio   
Cambiar o corregir la información de la cuenta   
Otro (ver instrucciones)  \_\_\_\_\_
6. Marque la casilla correspondiente para indicar el propósito del uso o la divulgación:  
a. a solicitud mía   
b. otro (ver instrucciones)  \_\_\_\_\_

---

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

7. \_\_\_\_\_  
Nombre de la persona autorizada
- \_\_\_\_\_  
Relación con la persona que recibe los servicios
8. \_\_\_\_\_  
Domicilio de la persona autorizada
- \_\_\_\_\_  
Número de teléfono celular o correo electrónico de la persona autorizada
9. OPCIONAL: Fecha de terminación de la autorización: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**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 / Día / Año  
Persona que recibe los servicios o  
Firma del representante designado\*\*

11. \_\_\_\_\_ Mes / Día / Año  
Firma del padre/madre/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 Optima Health.
- Usted tiene derecho a recibir una copia de esta autorización firmada.

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

13. \_\_\_\_\_ Mes / Día / 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, nro. 1, nro. 2, nro. 3 y nro. 4: Estos son **su** nombre, fecha de nacimiento, número de Seguro Social o número de miembro de Optima.
4. Paso 2, nro. 5: Esta es la información que desea que Optima provea. La sección «otro» le permite ofrecer una descripción específica de la información médica o el nombre de los documentos que no están en la lista de verificación. Ejemplo: «reclamos para el Dr. Smith del 2/1/09 al 2/1/10».
5. Paso 2, nro. 6: Esta es una descripción del propósito para solicitar a Optima que brinde 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 si tiene preguntas/inquietudes con relación a este formulario de autorización.**