

Autorización para la Divulgación de Información de Salud



Aviso para afiliados:

Si completa este formulario, nos autorizará a compartir la información de su salud con la persona o el grupo elegido.

- No está obligado a firmar este formulario o dar permiso para compartir la información relacionada con su salud. Los servicios y los beneficios de los que usted goza no se verán afectados si no firma este formulario.
- Si quiere cancelar este Formulario de Autorización, complete el Formulario de Cancelación que se encuentra en la próxima página. Envíelo a la dirección que se encuentra más abajo.
- Coordinated Care of Washington, Inc. no puede garantizar que la persona o grupo elegido por usted no comparta la información con un tercero.
- Guarde una copia de todos los formularios que nos envíe. Podremos enviarle copias si las necesita.
- Complete toda la información solicitada en este formulario. Cuando termine, envíelo al **Departamento de Cumplimiento de Coordinated Care**

**1145 Broadway, Suite 700
Tacoma, WA 98402**

Información del afiliado:

Nombre del afiliado (letra de imprenta): _____

Fecha de nacimiento del afiliado: ____/____/____ Número de identificación de afiliado de Apple Health (Medicaid)/Número de identificación de afiliado: _____

Autorizo a compartir la información relacionada con mi salud con la persona o grupo especificado a continuación. Esta autorización tiene como propósito ayudarme con mis beneficios y servicios.

Información del destinatario:

Nombre (persona/grupo): _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: ____ Teléfono: (____) ____ - _____

Coordinated Care puede compartir la siguiente información de salud: (seleccione los casilleros pertinentes)

- Toda la información relacionada con mi salud O
- Toda la información relacionada con mi salud, EXCEPTO:
- Información de recetas/medicamentos
 - Información de sida o VIH
 - Información sobre tratamientos de abuso de sustancias y/o alcohol
 - Información de servicios de salud conductual o atención psiquiátrica
 - Otra información: _____

La vigencia de la autorización se extiende por 1 año a partir de la fecha de la firma o hasta que la persona ya no sea afiliado de Coordinated Care, salvo que se cancele.

Firma del afiliado: _____ Fecha: ____/____/____
(Firma del afiliado o de su representante legal)

Si está firmando en representación del afiliado, especifique su relación con él abajo. Si usted es el delegado personal del afiliado, aclárelo debajo y envíenos copias de los formularios que lo acrediten (por ejemplo, poder u orden de tutela).

Si tiene preguntas, necesita ayuda para entender estos formularios o los necesita en un idioma o formato distinto, comuníquese con: Servicios para afiliado: 1-877-644-4613; Fax: 1-877-644-4602