DOCTORS HEALTHCARE PLANS, INC.

Autorización para el Uso y Divulgación de Información Protegida Sobre la Salud

INFORMACIÓN DEL ASOCIADO

Primer Nombre: _____ Apellido: _____

Identificación del Asociado: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____

Entiendo que este Consentimiento de divulgación permitirá a Doctors Healthcare Plans usar o divulgar mi Información de Salud Protegida (PHI, por sus siglas en inglés), incluyendo mi información médica, dental y farmacéutica, según lo autorizo a continuación:

☐ Toda la Información de Salud Protegida (PHI): información clínica, de reclamos, facturación, beneficios y cobertura
Esto autoriza la divulgación de información sobre salud del comportamiento, VIH y uso de sustancias, a menos que esté restringido a continuación.

☐ Otro (especifique aquí): _____

*** RESTRICCIONES** (seleccione todas las que correspondan, si hay alguna)

Prohibo a que la siguiente tipo de PHI sea divulgada bajo esta Autorización:

☐ Salud mental ☐ VIH ☐ Uso de sustancias

Autorizo que la información seleccionada arriba sea divulgada a la siguiente persona:

Nombre: _____ Apellido: _____

Relación: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____

Entiendo que, a menos que se revoque por escrito, esta autorización caducará 12 meses después de la fecha de mi firma. Entiendo que tengo el derecho a revocar esta autorización en cualquier momento. Entiendo que si revoco esta Autorización, debo hacerlo por escrito y presentar mi solicitud por escrito al Departamento de Servicios para Asociados de Doctors Healthcare Plans. Entiendo que la revocación no se aplicará a la información que se haya divulgado en respuesta a esta autorización. Entiendo que después de que la información se divulgue según esta autorización, el destinatario puede volver a divulgarla y es posible que la información no esté protegida por las normas federales de privacidad.

Entiendo que no estoy obligado a firmar esta Autorización, y que Doctors HealthCare Plans no puede basar las decisiones de pago o tratamiento en si firmo o no esta Autorización. Entiendo que se puede utilizar una copia de esta Autorización con la misma efectividad que el original y que tengo derecho a recibir una copia de la misma.

_____ _____

Firma del Asociado o Representante Legal* Fecha

**Los Representantes Legales deben proporcionar una documentación para respaldar su autoridad legal para actuar en nombre del Asociado.*

Nombre del Representante Legal: _____ Teléfono: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____