



## AUTORIZACIÓN PARA USO O DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA

Al completar este documento, usted autoriza a la divulgación y(o) uso de su información de salud individualmente identificable, como se establece a continuación, de acuerdo con las leyes de California y leyes Federales relativas a la privacidad de dicha información. El no proporcionar toda la información puede invalidar esta Autorización.

### 1. USO Y DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA

Yo, \_\_\_\_\_ (su nombre) autorizo a Sharp Health Plan para divulgar mi información de salud.

**Persona u Organización a quien yo autorizo a que reciba mi información de salud:**

Nombre: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

Cd., Edo., Código Postal: \_\_\_\_\_ Teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

¿Qué relación tiene esta persona con usted?: \_\_\_\_\_

Esta Autorización se aplica a la siguiente información (seleccione una de las siguientes opciones):

**Toda la Información de Salud**, incluyendo información médica (por ejemplo diagnósticos, proveedores, tratamientos o medicamentos) y financiera (por ejemplo reclamaciones médicas, cobranza de cuotas o copagos).

*O*

**Solo Información Limitada**

Especificar el tipo de información: \_\_\_\_\_

Especificar el periodo de fechas: \_\_\_\_\_

Leyes estatales y federales nos obligan a obtener autorización para divulgar información especialmente sensible. Información sensible se define como tratamiento o documentación relacionada con los resultados de prueba de VIH y SIDA, atención psiquiátrica y tratamiento por abuso de alcohol o drogas. Nosotros automáticamente intentaremos excluir este tipo de información a menos que usted lo identifique específicamente para la divulgación. Por favor marque a continuación si usted autoriza a Sharp Health Plan para divulgar parte o toda la siguiente información sensible.

**Yo también autorizo específicamente la divulgación** de los siguientes tipos de información sensible (marque todo lo que aplique):

Cuidado Psiquiátrico

Abuso de Sustancias

Resultados de pruebas de VIH Y SIDA

### 2. DESIGNACIÓN DE REPRESENTANTE PERSONAL

Como lo requiere la Acta de Responsabilidad y Portabilidad de Información de Salud de 1996, usted tiene derecho a nombrar a una o más personas para actuar en su nombre con respecto a su información de salud protegida (PHI por sus siglas en inglés). A su Representante Personal se le dará todos los privilegios que usted tiene con respecto a su PHI. Su Representante Personal puede recibir su PHI y también tiene la autoridad para modificar su cuenta con Sharp Health Plan (por ejemplo actualizar su domicilio o cambiar su Médico de Atención Primaria). Un Representante Personal puede ser un cónyuge, un familiar, pareja doméstica o amigo. No se requiere que tenga un Representante Personal, pero si desea designar a alguien que pueda recibir su PHI y modificar su cuenta con Sharp Health Plan, por favor complete la siguiente información.

**A la persona nombrada abajo (el individuo nombrado en la Sección número 1) se le deben también dar todos los privilegios que me serían dados acerca de mi información de salud confidencial.**

Nombre del Representante Personal: \_\_\_\_\_

(El individuo nombrado en la Sección número 1)

### 3. CADUCIDAD

Esta autorización se vencerá en (fecha): \_\_\_\_\_. Si no se ha indicado la fecha de vencimiento, este documento estará en vigor hasta que mi cobertura con Sharp Health Plan termine o hasta que yo envíe una solicitud por escrito para revocar esta autorización.

### 4. AVISO DE DERECHOS Y OTRA INFORMACIÓN

- Puedo rehusarme a firmar esta autorización.
- Puedo revocar esta autorización en cualquier momento firmando la sección de revocación y enviando este formulario a Sharp Health Plan. Mi revocación será efectiva una vez que haya sido recibida pero no será efectiva en la medida en que otros hayan actuado confiando en esta autorización.
- Tengo derecho a recibir una copia de esta autorización.
- Entiendo que Sharp Health Plan no basará el tratamiento, pago, inscripción o derecho a recibir beneficios en el hecho de que proporcione o me rehúse a proporcionar esta autorización, excepto bajo las circunstancias limitadas descritas en el Aviso de Prácticas de Privacidad.
- Entiendo que la información revelada en virtud de esta autorización podría ser divulgada por el destinatario y podría no estar protegida por la ley de confidencialidad federal (HIPAA). Sin embargo, la ley de California prohíbe que la persona que recibe mi información de salud, la divulgue más adelante a menos de que haya obtenido otra autorización de mi parte o a menos que dicha divulgación sea específicamente requerida o permitida por la ley.
- Puedo inspeccionar u obtener una copia de la información de salud que estoy autorizando para su uso o divulgación.
- Entiendo que Sharp Health Plan no puede usar o divulgar mi PHI para ningún otro propósito que no sea descrito en este formulario, a menos de que obtenga otra autorización de mi parte o a menos de que tal uso o divulgación sea específicamente requerida o permitida por la ley.
- Por este medio libero a Sharp Health Plan de cualquier y toda responsabilidad que pueda derivarse de la divulgación de esta información a la parte denominada en esta autorización.

### 5. FIRMA

Su nombre con letra de molde: \_\_\_\_\_ No. de ID de Sharp Health Plan: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**Si firma alguien que no es el asegurado (por ejemplo un tutor o guardián), por favor complete lo siguiente:**

Nombre con letra de molde: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

### 6. ENVÍO

Ambas páginas de este formulario deben ser enviadas por fax o correo a:

**Sharp Health Plan**  
**8520 Tech Way, Ste 200**  
**San Diego, CA 92123-1450**  
**Fax: (619) 740-8571**

### 7. REVOCACIÓN

Usted puede revocar esta autorización en cualquier momento firmando y fechando esta sección del formulario y enviándola a Sharp Health Plan. Usted sólo debe firmar esta sección si desea cancelar esta autorización.

Por este medio revoco esta autorización y (o) designación de Representante Personal inmediatamente.

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_