

Este formulario se usa para autorizar la revelación, la utilización o la divulgación de información de salud protegida confidencial de los miembros de Affinity conforme a lo dispuesto por la legislación federal y estatal (incluida la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud [HIPAA]). Esta autorización permite que Affinity revele la información a determinadas entidades o personas para fines específicos durante un período establecido. Tenga en cuenta que los formularios incompletos no se pueden procesar y que es posible que se requiera información adicional.

| | | | |
|--|---------------------------|--|-----------------------|
| 1. Información del Miembro/Asegurado: (Complete todos los campos) | | | |
| Nombre del miembro (apellido, primer nombre): _____ | | Si es menor, nombre del/la tutor/a: _____ | |
| Núm. de ID del miembro: _____ | Fecha de nacim.: _____ | Núm. del Seguro Social: _____ | |
| Dirección: _____ | | Núm. de teléfono: _____ | |
| 2. Información del destinatario: <i>Proporcione información sobre la persona o la entidad a la que se autoriza a recibir la información de salud del miembro.</i> | | | |
| Nombre: _____ | | | |
| Dirección: _____ | | Núm. de teléfono: _____ | Núm. de fax: _____ |
| 3. Propósito de esta autorización: <i>El motivo por el cual se solicita la divulgación.</i> | | | |
| _____ _____ | | | |
| 4. Información protegida del miembro que se revelará o divulgará: <i>Marque todas las opciones que correspondan.</i> | | | |
| <input type="checkbox"/> TODA LA INFORMACIÓN: Incluye datos clínicos (diagnóstico, tratamiento), reclamaciones, facturación y cobertura. | | | |
| <input type="checkbox"/> INFORMACIÓN LIMITADA: (Especifique) _____ | | | |
| <p><i>La siguiente información requiere una autorización especial para su divulgación. Marque las opciones seleccionadas y escriba sus iniciales junto a ellas.</i></p> | | | |
| <input type="checkbox"/> Salud mental/del comportamiento _____ | | <input type="checkbox"/> Consumo de drogas _____ | |
| <input type="checkbox"/> Salud reproductiva/enfermedad de transmisión sexual _____ | | <input type="checkbox"/> VIH/SIDA _____ | |
| | | <input type="checkbox"/> Pruebas genéticas _____ | |

5. Duración de la autorización: Indique cuándo esta autorización debe terminar (vencer).

- Esta autorización debe terminar en la siguiente fecha: _____
- Esta autorización debe terminar al producirse el siguiente evento: _____

Si no se especifica una fecha o un evento de terminación, esta autorización vencerá a los 24 meses a partir de la fecha en que se firmó. La autorización se puede revocar (cancelar) por escrito en cualquier momento.

6. Firma: Para que esta autorización sea válida, debe firmarla el miembro o su representante personal (una persona legalmente autorizada para actuar en nombre del miembro). El padre/la madre o el/la tutor/a debe firmar en lugar de un niño (no emancipado) dependiente menor de 18 años.

Al firmar esta autorización, doy fe de que:

- He leído y comprendido los términos de esta autorización, y he tenido la oportunidad de hacer preguntas acerca de la forma en que Affinity Health Plan utilizará y divulgará esta información al destinatario que he designado.
- Esta autorización es completamente voluntaria, puedo negarme a firmarla y la continuidad de mi tratamiento, cobertura, inscripción, elegibilidad y/u otros beneficios no estará condicionada por mi voluntad de firmar o no esta autorización.
- Entiendo que yo puedo revocar (anular) esta autorización por escrito en cualquier momento y por cualquier motivo, y que la revocación no afectará ninguna divulgación realizada por Affinity Health Plan antes de que recibiera mi aviso de revocación por escrito.
- El destinatario puede volver a divulgar la información divulgada, en cuyo caso es posible que ya no cuente con la protección de las leyes de privacidad.
- Yo soy el miembro o tengo autoridad legal válida para actuar en nombre del miembro mencionado en esta autorización.
- Según mi leal saber y entender, la información provista en este formulario es verdadera, precisa y completa.
- Tengo derecho a obtener una copia de esta autorización.

Firma del miembro: _____ **Fecha:** _____

Firma del representante personal: _____ **Nombre en letra de imprenta:** _____ **Fecha:** _____

Si quien firma este formulario es el representante legal, debe especificar debajo cuál es su relación con el miembro:

- Padre/madre
- Tutor/a legal*
- Apoderado/a*
- Otro* _____

** La documentación que compruebe su autoridad legal para actuar en nombre del miembro es obligatoria.*

Envíe el formulario completado por correo a:

Affinity Health Plan
Attn: Customer Service Department
Metro Center Atrium
1776 Eastchester Road, Bronx, NY 10461
Teléfono: (866) 247-5678; Fax: (718) 794-7804

Conserve una copia de esta solicitud para sus registros.