

Autorización para Divulgar Información de Salud

Nombre Completo del Miembro	Fecha de Nacimiento	Número de identificación de miembro o suscriptor	
Dirección del Miembro	Ciudad	Estado	Código Postal

Entiendo y acepto que:

- esta autorización es voluntaria;
- mi información de salud puede contener información creada por otras personas o entidades, incluidos los proveedores de atención de la salud, y también puede contener información médica, farmacéutica, dental, reproductiva, sobre la vista, la salud mental, el abuso de sustancias, el VIH/SIDA, la psicoterapia, las enfermedades contagiosas y los programas de atención de la salud;
- no se me puede denegar tratamiento, pago de servicios de atención de la salud ni inscripción o elegibilidad para beneficios de atención de la salud si no firmo este formulario;
- mi información de salud puede estar sujeta a una nueva divulgación por parte del receptor y, si el receptor no es un plan de salud o proveedor de atención de la salud, la información ya no estará protegida por las normas federales de privacidad;
- esta autorización vencerá **dos años** después de la fecha en que firme la autorización. Puedo revocar esta autorización en cualquier momento si notifico por escrito a North American Medical Management California, Inc./PrimeCare Medical Network, Inc. o cualquier Asociación de Práctica Independiente (IPA) afiliada. No obstante, la revocación no tendrá efecto en ninguna acción realizada antes de la fecha en que se reciba y procese la revocación.

Quién Puede Recibir y Divulgar mi Información:

Autorizo a North American Medical Management California, Inc. / PrimeCare Medical Network, Inc. o cualquier Asociación de Práctica Independiente (IPA) afiliada a divulgar o recibir mi información de salud individualmente identificable para o de las siguientes personas u organizaciones:

(Nombre Completo de las Personas u Organizaciones)

(Dirección Completa de las Personas u Organizaciones)

Tipo de Información que se Divulgará:

- Autorizo a divulgar toda mi información de salud, incluida la información médica, farmacéutica, dental, reproductiva y sobre la vista, la salud mental, el abuso de sustancias, el VIH/SIDA, la psicoterapia, las enfermedades contagiosas y los programas de atención de la salud; **o**
- Autorizo solamente la divulgación de la siguiente información:

(Tipo de Información)

Objetivo de la Divulgación:

- Mi información de salud se divulgará cuando lo solicite mi representante personal o yo; **o**
- Mi información de salud se divulgará con el siguiente objetivo:

(Explicar Objetivo)

Firma del Miembro

Fecha

Firma del Testigo

Fecha

Nota: Si usted es el tutor o el representante designado por un tribunal, debe adjuntar copias de su autorización legal para representar al miembro.

Firma del Representante del Miembro

Fecha

Datos del Representante:

Nombre

Número de Teléfono

Dirección

Ciudad

Estado

Código Postal

Entiendo que puedo ver y copiar la información descrita en este formulario si así lo solicito, y que puedo recibir una copia de este formulario después de firmarlo.

CONSERVE UNA COPIA DE ESTE FORMULARIO COMO CONSTANCIA