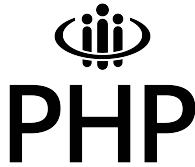


Autorización para Utilizar y Divulgar Información Protegida de Salud



No Utilice Letra Cursiva:

Nombre del Miembro (Paciente) _____ Fecha de Nacimiento _____

Dirección del Miembro (Paciente) _____

_____ N° de Identificación del Miembro: _____

Doy autorización a Physicians Health Plan (PHP) para utilizar y divulgar información protegida de salud mía (o del paciente) a las siguientes personas: (especificar – no utilice letra cursiva) _____,

*Favor de marcar el cuadro or los cuadros por debajo que corresponden. Puede anotar limitaciones o adiciones.
La Autorización no es válida si éste sección no está completado.*

Copias o el contenido de los siguientes historiales médicos se pueden utilizar/divulgar como solicitado:

- Toda información de cuidados de salud incluso los historiales de tratamiento para la salud mental, el consumo de drogas/alcohol, o enfermedades transmisibles que pueden ser mantenidos por PHP.
- Límite divulgación de información de cuidados de salud, **EXCLUYENDO** los historiales de tratamiento para la salud mental, el consumo de drogas/alcohol, o enfermedades transmisibles que pueden ser mantenidos por PHP.
- Límite divulgación para incluir únicamente información sobre Beneficios / Cobertura.
- Otro (especificar) _____
- Límite divulgación de lo mencionado arriba a servicios de cuidados de salud proporcionados entre las siguientes fechas:
_____/_____/_____ hasta ____/____/_____

Propósito de la divulgación: Marque el cuadro or los cuadros que corresponden, o llene los espacios que se aplican. Autorización no es válido si no se completa esta sección.

- Uso personal o de asistencia Asistencia con reclamación /apelación Acción legal *(favor de especificar) Otro (favor de especificar)

* Describa la acción legal u otro propósito _____

Ésta autorización caduca el día _____ (Si ninguna fecha se indica, ésta autorización caduca 180 días después de la fecha de firma.)

Información Importante Sobre Sus Derechos

Entiendo que:

- No estoy obligado a firmar ésta autorización para poder recibir mis beneficios, salvo como esté permitido por la ley, tal como cuando divulgación sea necesario para que PHP pueda determinar el pago de un reclamo.
- Puedo solicitar una copia de esta autorización firmada.
- Puedo revocar esta autorización en cualquier momento antes de la fecha de vencimiento por enviar una solicitud por escrito a PHP; sin embargo, la revocación no tendrá ningún efecto sobre acciones que PHP haya tomado antes de recibir la revocación.
- La información de salud indicado más arriba posiblemente ya no sea protegido bajo regulaciones federales de privacidad si divulgado a partes que no son proveedores de beneficios o cuidados de salud.
- Si eligo designar un representante para ayudarme, el representante tendrá acceso a mi información protegido de salud.

Firma del Miembro (Paciente) _____ Fecha _____

Si el Paciente es menor de 18 años de edad, o si no puede firmar por otros razones, un padre u otro individuo legalmente autorizado debe firmar debajo.

Firma para Paciente _____ Fecha _____

Escriba su nombre claramente _____

Su relación al Paciente: (Favor de marcar el cuadro que corresponde) Padre Cónyuge Guardian Legal * Poder Legal *

Otro representante autorizado* (favor de especificar relación) _____

Autorizado como familia más cercano (Utilice si paciente es fallecido o incapacitado, y ningún otro representante ha sido designado). Favor de especificar relación _____

* Proporcione documentación aplicable de custodia legal, poder legal, u otro autorización legal para representar al paciente.

ATENCIÓN: TODAS SECCIONES DE ÉSTE FORMULARIO DEBEN SER COMPLETADAS PARA PODERSE SER VÁLIDO.

Si necesita ayuda para completar éste formulario, por favor llame a Servicios al Cliente (260) 432-6690, extensión 11; (800) 982-6257, extensión 11; o (260) 459-2600 para dificultades de audición. Devuelva los formularios completados a servicio al cliente de PHP 1700 Magnavox Way, Suite 201, Fort Wayne, IN 46804, o por correo electrónico a custsvc@phpni.com.

