

**AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN** – Un año de validez o según se especifique

Nota: El hecho de dar esta Autorización no condiciona su inscripción en un plan de salud, su elegibilidad para los beneficios, el procesamiento y pago de reclamos, ni su tratamiento.

Nombre del Miembro: \_\_\_\_\_

Nº de Identificación (Número que se encuentra en la tarjeta de identificación): \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ N° del Seguro Social: \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_

Nº de Teléfono Durante la Noche: \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ Dirección de Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

**AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN Y REGISTROS**

Autorizo la divulgación de información o registros de la siguiente manera:

Autorizo a Neighborhood Health Partnership y a cualquiera de sus subsidiarias ("UnitedHealthcare") a divulgar o enviar la información o los registros que se describen a continuación a: \_\_\_\_\_

cuya dirección es: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

**FECHAS DE LA INFORMACIÓN O LOS REGISTROS QUE SE PUEDEN DIVULGAR**

Las fechas de la información o los registros que autorizo por el presente documento a divulgar o enviar son (completar con una marca de verificación en la línea correspondiente):

Todas las fechas de servicio o cualquier cosa relacionada con todas las fechas de servicio

Las siguientes fechas de servicio o cualquier cosa relacionada con las siguientes fechas de servicio: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ - \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**MÉTODO DE DIVULGACIÓN**

El método de divulgación es (completar con una marca de verificación en la línea correspondiente):

Conversaciones con el personal de Neighborhood Health Partnership (solamente)

Conversaciones con el personal de Neighborhood Health Partnership y, si es necesario, las copias impresas enviadas por correo

Copias impresas (solamente) enviadas por correo después de que se haya procesado esta Autorización y posteriormente, cuando se solicite

Acceso al sitio de Internet (solamente). El miembro debe tener una cuenta existente como suscriptor o miembro activo. Relación: \_\_\_\_\_

**FINALIDAD DE LA DIVULGACIÓN**

La finalidad de esta Autorización es (completar con una marca de verificación en la línea correspondiente):

Brindar información o registros a la persona o entidad mencionada anteriormente a mi pedido, o

Explicar otra finalidad: \_\_\_\_\_

**FECHA DE VENCIMIENTO DE LA AUTORIZACIÓN**

Neighborhood Health Partnership está autorizado para divulgar o enviar la información o los registros especificados durante un año a partir de la fecha de firma que se establece a continuación. Si se prefiere una fecha de vencimiento anterior, especifíquela: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_. (Si el miembro es menor de edad, la Autorización vence el día en que el miembro cumpla 18 años, si ocurre antes de la fecha de vencimiento de arriba).

Al firmar a continuación, autorizo específicamente a Neighborhood Health Partnership a divulgar y enviar la información o los registros especificados anteriormente que Neighborhood Health Partnership tenga en su poder a la persona o entidad especificada anteriormente, que pueden incluir información o registros confidenciales relacionados con tratamientos de salud mental (excluyendo notas de un terapeuta de salud mental), tratamientos por abuso de sustancias, información relacionada con el VIH, información de exámenes genéticos y cualquier otra información o registro que las leyes estatales y/o federales consideren confidenciales.

**AUTORIZO ESPECÍFICAMENTE Y DOY MI CONSENTIMIENTO A ESTA DIVULGACIÓN, Y HE LEÍDO EL ANVERSO Y EL REVERSO DE ESTA AUTORIZACIÓN.**

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / 20\_\_\_\_

**O EN CAMBIO**

Si esta solicitud es autorizada por un padre/madre/tutor en nombre de un menor de edad o por un representante legal, complete lo siguiente en lugar de la firma anterior:

Firma del padre, madre, tutor o representante legal: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / 20\_\_\_\_

Nombre en letra de imprenta del padre, madre, tutor o representante legal: \_\_\_\_\_

Número de teléfono durante el día: \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_

Edad del menor: \_\_\_\_ Parentesco con el miembro o autoridad para actuar en nombre del miembro: \_\_\_\_\_

(Si esta solicitud la realiza un representante legal en nombre del miembro, se debe adjuntar una copia de la autoridad del representante legal o un Poder, si Neighborhood Health Partnership aún no tiene archivado dicho documento).

**CONSERVE UNA COPIA DE ESTA AUTORIZACIÓN**

For Neighborhood Health Partnership purposes only

Sent by: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / 20\_\_\_\_ Location: \_\_\_\_\_

Fecha del formulario: Enero 5, 2010

## **Avisos Y Acuses de Recibo**

**DERECHO DE REVOCACIÓN:** Entiendo que tengo derecho a revocar esta Autorización por escrito en cualquier momento. Toda revocación se debe entregar a la persona u organización que se indica a continuación. Entiendo que la revocación entrará en vigencia sólo después de que Neighborhood Health Partnership la reciba y procese, excepto en la medida que Neighborhood Health Partnership haya tomado medidas en virtud de esta Autorización antes de recibir la revocación por escrito.

Las revocaciones y avisos se deben enviar a:

**Neighborhood Health Partnership**  
**P.O. Box 5210**  
**Kingston, NY 12402-5210**

OR

**Fax to: 888-476-5125**

**AVISO DE NUEVA DIVULGACIÓN:** Entiendo que la información o los registros divulgados conforme a esta Autorización pueden ser divulgados nuevamente por el destinatario y que ya no estarán protegidos por la ley federal, a menos que el destinatario sea una entidad cubierta bajo las normas federales de privacidad o haya firmado un convenio con Neighborhood Health Partnership como Socio Comercial, conforme a las normas federales de privacidad.

**ACUSE DE RECIBO DE COPIA DE AUTORIZACIÓN:** Reconozco que he recibido una copia de esta Autorización.

**CARGOS:** Neighborhood Health Partnership se reserva el derecho de cobrar, según lo permitido por la ley, por la información o los registros producidos conforme a esta Autorización. Acepto pagar dichos cargos.

**COPIA FIEL DEL ORIGINAL:** Entiendo que una copia o fax tiene la misma validez que el documento original.

### **LEYES FEDERALES Y/O ESTATALES Y NUEVA DIVULGACIÓN**

Si mi información o mis registros contienen información sobre tratamientos de salud mental, tratamientos por abuso de sustancias o información relacionada con el VIH, entiendo que es posible que dicha información o registros estén protegidos bajo leyes federales y/o estatales. Las normas federales exigen que cualquier divulgación o nueva divulgación de dicha información o registros se acompañe de la siguiente declaración:

Esta información se le ha divulgado a partir de registros protegidos por reglas federales de confidencialidad (42 C.F.R. Parte 2). Las reglas federales prohíben que usted vuelva a divulgar esta información a menos que la nueva divulgación de esta información esté permitida expresamente por el consentimiento por escrito de la persona a quien le pertenece o según lo permita 42 C.F.R. Parte 2. Una autorización general para la divulgación de información médica o de otra índole NO es suficiente para este fin. Las reglas federales restringen el uso de la información para investigar o procesar penalmente a cualquier paciente por abuso de alcohol o drogas.

Es posible que la ley vigente me otorgue el derecho de inspeccionar dichos registros divulgados o enviados conforme a esta Autorización en cualquier momento.

Las leyes estatales y/o federales disponen que yo pueda tener derecho a prohibir una nueva divulgación de información o registros médicos confidenciales y que no se puedan volver a divulgar sin mi permiso expreso por escrito, salvo:

- que involucre un litigio/arbitraje, en cuyo caso el destinatario puede, sin otra autorización, volver a divulgar cualquier información o registro divulgado a las partes, el abogado de éstas, expertos o posibles expertos, compañías de seguros, mis proveedores de atención de la salud, cualquier persona contra quien yo haya iniciado una demanda, agencias administrativas, el tribunal o el servicio de arbitraje y su personal y funcionarios, cualquier persona autorizada por la ley o el tribunal o árbitro (que incluye pero no se limita a, las personas que asisten a los procedimientos judiciales), y cualquier representante o empleado de dichas personas.
- en otras ocasiones según lo permita la ley.