Autorización para la divulgación de información médica protegida

Una vez completo, este formulario representa la autorización del miembro para que se divulgue información médica protegida a otra persona o entidad. Para agilizar esta autorización, use tinta negra o azul, escriba en letra legible y siga las instrucciones para el envío. **Complete todas las secciones de este formulario y coloque su firma en la página 2. No se podrán procesar los formularios que estén incompletos o sin firmar.**

Información del miembro (paciente)

Nombre

Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)

N.º de identificación

Nombre del empleador

N.º de grupo

Autorización

Entiendo que, en relación con los servicios que se me brindan, Ardon Health tiene cierta información médica protegida sobre mí. Autorizo a que Ardon Health use una copia de mi información médica protegida y la comparta con:

Nombre

Relación

Dirección

Ciudad

Estado

Código postal

Con el siguiente propósito (seleccione uno):

Discutir toda la información relacionada con mi cobertura de seguro, tratamientos y pagos.

Otro (especifique el propósito): _____

Mi información médica protegida incluye expedientes médicos, registros de atención de emergencia y urgencia, resúmenes de cuenta, informes de diagnóstico por imágenes, informes hospitalarios transcritos, notas del expediente del consultorio clínico, informes de laboratorio, registros dentales, informes de patología, registros de fisioterapia, registros hospitalarios (incluidos los registros de enfermería y las notas de progreso) y cualquier información personal o médica relacionada con el propósito de esta autorización. La información recopilada en esta autorización se usará con el propósito descrito antes y se limitará a la información mínima necesaria para lograr ese propósito.

Se aplican otras leyes relativas al uso y la divulgación si la información que se divulga contiene cualquiera de los tipos de registros o datos enumerados a continuación: Entiendo que la información divulgada de conformidad con esta autorización puede incluir las siguientes categorías, en la medida en que dicha información esté incluida en mis registros y su divulgación esté permitida por la ley aplicable.

- Información sobre pruebas o resultados del VIH/SIDA y registros relacionados.
- Información relacionada con diagnósticos, tratamientos o remisiones por consumo de drogas o alcohol.
- Salud reproductiva.
- Información de pruebas genéticas.
- Información de salud mental.

Entiendo que tengo derecho a negarme a firmar esta autorización. Si me niego a firmarla, mi inscripción en un plan de salud o la elegibilidad para obtener beneficios de salud no se verán afectadas.

Tengo derecho a revocar esta autorización por escrito en cualquier momento. Si revoco esta autorización, la información que se describió antes ya no se usará ni divulgará por los motivos contemplados en esta autorización por escrito. Ningún uso o divulgación que ya se haya realizado con mi autorización podrá revocarse.

Para revocar esta autorización, envíe una declaración por escrito a: Ardon Health, Privacy Office, PO Box 20338, Portland, OR 97294. Indique en la declaración que revoca esta autorización.

Entiendo que la información usada o divulgada de conformidad con esta autorización puede estar sujeta a divulgaciones posteriores y ya no estar protegida por las leyes federales. No obstante, también entiendo que las leyes federales o estatales pueden restringir las divulgaciones posteriores de información sobre pruebas o resultados del VIH/SIDA, información de salud mental, información genética e información relacionada con diagnósticos, tratamientos o remisiones por consumo de drogas o alcohol.

A menos que se revoque, esta autorización estará en vigor hasta **(seccione solo UNA opción)**:

Fecha:_____ (no posterior a los 36 meses a partir de la fecha de la firma)*

o

Evento: _____
(El evento tendrá un límite máximo de 36 meses. **No** enumere eventos como “Muerte”, “Finalización de la póliza” o “Hasta la revocación”. El uso de tales eventos dará lugar a la devolución de esta autorización como no válida).

Ardon Health no condicionará el tratamiento, el pago, la inscripción o la elegibilidad para los beneficios al hecho de que usted firme esta autorización, excepto cuando lo permita la ley.

Con mi firma a continuación, confirmo que he revisado y entiendo esta autorización.

Firma del individuo

X _____

Fecha de la firma

_____

o

Firma del representante del individuo

X _____

Fecha de la firma

_____

Nombre en letra de imprenta del representante

_____

Relación**

_____

* Si no especifica una fecha (la deja en blanco), la autorización tendrá un límite máximo de 36 meses a partir de la fecha de la firma.

** Si usted es el representante legal, custodio legal, apoderado o tiene otra autoridad legal sobre el miembro, adjunte la documentación legal.

Se deben completar todos los campos para que esta autorización sea válida. El miembro debe conservar una copia del formulario completo.

Devuelva el formulario firmado a Ardon Health en el sobre prepagado adjunto.

O devuélvalo por correo o fax.
Por correo postal: Ardon Health Specialty Pharmacy, PO Box 20338, Portland, OR 97294
Por fax: 855-425-4096