

JOHNS HOPKINS HEALTHCARE LLC

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD – SOLICITUD ÚNICA / POR ÚNICA VEZ
(AUTHORIZATION FOR RELEASE OF HEALTH INFORMATION – UNIQUE/ONETIME REQUEST)

Deben completarse todos los datos que requiere la solicitud o de otro modo el documento podrá no ser válido. Utilice "N/A" si no aplica.

(All items on this Authorization must be completed or the request will not be honored. Use "N/A" if not applicable.)

Nombre del Miembro del Plan: _____
(Plan Member Name) (Nombre) (Inicial del Segundo nombre) (Apellido)
(first) (m. initial) (last)

Dirección: _____
(Address) (Calle y número)
(street address)

(Ciudad) (Estado) (Código postal) **Nro. de teléfono:** _____
(city) (state) (zip code) **(Phone #)**

Fecha de nacimiento: _____ **Número de Identificación del Miembro :** _____
(Birth Date) **(Plan Member Number)**

A los fines de esta autorización, "Mi Plan de Salud" se denomina: _____
(For this Authorization, "My Health Plan" means) **(Nombre del Plan de Salud)**
(name of health plan)

A los fines de esta autorización, "Mi Información de Salud" comprende: _____
(For this Authorization, "My Health Information" means)

- Registro de gestión del caso o de la gestión médica Registro de pago
(Case or Medical Management Record) (Payment Record)
- Registro completo (no incluye abuso de sustancias y salud mental, a menos que coloque su inicial abajo)
(Complete Record (other than substance abuse and mental health, unless initialed below))
- Otro _____
(Other)

para el/los período/s de servicio desde _____ hasta: _____ (si no se aclara, se declararán todas las fechas
(For the date(s) of service from) [Señale el/los período/s de servicio requeridos] **en las que existan registros)**
(insert date(s) of service requested) (records will be provided for all service dates if left blank)

A menos que coloque su inicial abajo, esa información NO se incluirá en su solicitud.
(Unless you initial either statement below, that information will NOT be included in your request.)

Si he colocado una inicial aquí (_____), "Mi Información de Salud" incluye registros de abuso de sustancias.
(If I have initialed here (_____), "My Health Information" includes Substance Abuse Records/Information.)

Si he colocado una inicial aquí (_____), "Mi Información de Salud" incluye registros de salud mental.
(If I have initialed here (_____), "My Health Information" includes Mental Health Records/Information.)

Para los números 1 a 4 abajo, escriba sus iniciales en los espacios en blanco para identificar cómo desea compartir su información.

(For numbers 1 to 4 below, write your initials in the blanks to identify how you want your information to be shared.)

1. Si he colocado una inicial aquí (____), solicito acceso a Mi Información de Salud; no solicito una copia.

(If I have initialed here, I request to look at My Health Information; I am not asking for a copy.)

2. Si he colocado una inicial aquí (____), solicito una copia de "Mi Información de Salud."

(If I have initialed here, I request a copy of My Health Information for myself.)

3. Si he colocado una inicial aquí (____), autorizo a Mi Plan de Salud a compartir Mi Información de Salud con la persona o entidad que se detalla abajo, en tanto ese tercero contacte a Mi plan de salud el día _____,

20____ o antes de esa fecha (si no se especifica ninguna fecha, la solicitud no se hará efectiva) (Especifique una fecha límite)

(If I have initialed here, I authorize My Health Plan to discuss My Health Information with the person or entity identified below on or before (insert a date)(You must provide the information below if you want this request honored.)

4. Si he colocado una inicial aquí (____), autorizo a Mi plan de salud a otorgar una copia de Mi Información de Salud a la persona o entidad que se detalla abajo deberá enviarse por correo por fax. **(Nota: no podemos llamar antes de enviar el fax) (Debe proporcionar la información a continuación si desea que se cumpla esta solicitud).**

(If I have initialed here, I authorize My Health Plan to send a copy of My Health Information to the person or entity identified below either by mail or fax (Note: we cannot call before faxing.) (You must provide the information below if you want this request honored.)

Para numero 3 o 4 arriba, Nombre de la persona o entidad: _____

(For numbers 3 or 4 above, Name of Other Person or Entity)

(Calle y número)
(street address)

(Ciudad)
(city)

(Estado)
(state)

(Código postal)
(zip code)

(Número de fax)
(fax number)

Indique motivo para realizar la solicitud: Solicitado por mí Otro) _____

(Reason for request: At my request Other)

POR FAVOR ENVÍE EL FORMULARIO COMPLETO A LA DIRECCIÓN INDICADA O ENVÍELO POR FAX CONFORME A LOS DATOS QUE FIGURAN EN LA TERCERA PÁGINA

(PLEASE RETURN COMPLETED FORM TO THE ADDRESS OR FAX ON THE THIRD PAGE OF THIS FORM)

Comprendo que existe un cargo por copiar y enviar mi solicitud. Asimismo, entiendo que todos los aranceles se sujetarán a las guías federales que correspondan. Al firmar esta autorización, acuerdo abonar estos aranceles en el momento en que se lleve a cabo esta solicitud.

Entiendo que:

- Esta autorización es voluntaria. Mi tratamiento no sufrirá ningún impacto si firmo esta autorización o si no lo hago.
- Si no firmo esta autorización, el Plan no divulgará Mi Información de Salud tal como se solicita.
- Recibiré una copia de esta autorización luego de suscribirla.
- Esta autorización es válida por _____ o hasta _____; **si no se especifica ninguna fecha o período, esta autorización será válida por seis meses.**
- Una vez que Mi Información de Salud se divulgue tal como se solicita, ésta puede no estar más protegida por las leyes federales y estatales de privacidad y el tercero que la reciba podrá a su vez divulgarla por su cuenta.
- Tengo la facultad de revocar esta autorización por escrito a través del correo o fax. El envío deberá contar también con una copia de la autorización original al Plan y deberá realizarse a la siguiente dirección:

Johns Hopkins HealthCare LLC
6704 Curtis Court
Glen Burnie, Maryland 21060
Attn: Corporate Compliance Department
Fax: 410 424 4996
Teléfono: 410 424 4996

La información médica divulgada podrá contener información relacionada sobre el estado del VIH, SIDA, enfermedades de transmisión sexual, salud mental, abuso de drogas y alcohol, etc.

Únicamente firma
del miembro

del Plan: _____ Fecha: _____
(Obligatorio)

Si usted NO es el miembro del Plan pero suscribe en representación de éste, complete lo siguiente:

Yo, _____, confirmo que fui designado legalmente como
(Consigne su nombre en letra de imprenta)

representante del miembro del Plan y he MARCADO CON UN CÍRCULO más abajo mi relación con el miembro del Plan:

- Padre con patria potestad del hijo menor (no es suficiente para los registros sobre abuso de sustancias)
- Pariente de sangre registrado para el cuidado del miembro (no es suficiente para los registros sobre abuso de sustancias)
- Guardián designado por un tribunal
- Agente de asistencia médica designado legalmente (no es suficiente para los registros sobre abuso de sustancias)
- Poder médico (no es suficiente para los registros sobre abuso de sustancias)
- Poder a quién se otorga el derecho de inspeccionar registros médicos (no es suficiente para los registros sobre abuso de sustancias)
- Tercero autorizado para la toma de decisiones (no es suficiente para los registros sobre abuso de sustancias o salud mental)
- Representante de persona fallecida designado por un tribunal

Firma del representante: _____ Fecha: _____
(obligatorio)

Dirección: _____ Teléfono: _____

Debe adjuntar prueba de la autoridad conferida para actuar en representación del miembro del Plan conforme a la relación que indicó arriba (en el caso de no tratarse del progenitor)