

JOHNS HOPKINS HEALTHCARE LLC

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD – PERMANENTE
(AUTHORIZATION FOR RELEASE OF HEALTH INFORMATION – STANDING)

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)

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

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.)

Autorizo a Mi Plan de Salud a compartir Mi Información de Salud con _____
(I authorize My Health Plan to discuss My Health Information with) [Nombre de la persona o entidad]
(name of other person or entity)

para obtener información general y hacer averiguaciones, asistencia en el trámite de reclamos por beneficios, y para
(for general information and inquiries, assistance in processing my claims for benefits, and for)

[Consignar propósito adicional, si lo hubiese]
(insert additional purpose if any)

POR FAVOR ENVÍE EL FORMULARIO COMPLETO A LA DIRECCIÓN INDICADA O ENVÍELO POR FAX
CONFORME A LOS DATOS QUE FIGURAN EN LA SEGUNDA PÁGINA
(PLEASE RETURN COMPLETED FORM TO THE ADDRESS OR FAX ON THE SECOND 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 durante el tiempo de mi vinculación con el Plan y hasta que todos los reclamos por beneficios hayan sido resueltos.**
- 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

- 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.
- 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).