



Autorización para hacer entrega de la Información Médica a la Administración de Seguros de Maryland (MIA)

Authorization for the Release of Medical Information to the Maryland Insurance Administration (MIA)

Al firmar este formulario, Yo deseo presentar una queja o Yo autorizo al proveedor de cuidados de salud a presentar una queja en mi nombre con la Administración de Seguros de Maryland (MIA).

Yo autorizo a la MIA para que se contacte con mis proveedores de cuidado de salud, con mi compañía de seguros, con la organización para mantenimiento de salud (HMO), y con otras agencias gubernamentales estatales o federales para la obtención de cualquier historial medico, historial de salud mental, historial de abuso de sustancias, y/o información del seguro relacionada a la queja presentada por mi o en mi nombre.

Yo autorizo a la MIA para que entregue mi historial médico y cualquier otra información relacionada a mi queja a mis proveedores de salud, a mi compañía de seguros, a la organización de mantenimiento de salud (HMO) y a otras agencias gubernamentales estatales o federales que puedan asistir en la solución de mi queja. Yo autorizo a la MIA para que me asista en presentar una queja con otras agencias gubernamentales estatales o federales que puedan ayudar en la solución de mi queja.

Si mi queja es referida o presentada a la Unidad de Educación de Salud y Apoyo (HEAU) por la MIA, Yo autorizo a la HEAU que entregue mi historial médico a los proveedores de salud, a mi compañía de seguros, a la organización de mantenimiento de la salud, a las organizaciones independientes de revisión, expertos médicos y otras agencias gubernamentales o contratistas que puedan asistir en la solución de mi queja.

Existe la posibilidad de que la información dada sea sometida a una revisión durante el proceso de investigación de la queja y también, que se tomen acciones como resultado de la investigación de la queja.

Yo entiendo que la información acerca de mi caso, puede ser utilizada para desarrollar información estadística en el mercado de cuidado de salud en Maryland, o para examinar la calidad del servicio de una HMO, pero la confidencialidad de mi identidad y de mi historial medico estarán protegidos según la ley Federal y la ley de Maryland.

Esta autorización es válida por un año y será revocada automáticamente una vez que la queja haya sido resuelta. Yo entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento notificando a la Administración de Seguros de Maryland, la cual me proveerá un formulario para firmar confirmando mi revocación.

_____ Firma (Signature)	_____ Fecha (Date)
Parentesco. Si la persona que está firmando este formulario no es el paciente, por favor especifique el parentesco con el paciente.	
_____ Nombre del paciente	_____ Fecha de nacimiento del paciente
_____ Número de Seguro Médico del paciente	
<p>POR FAVOR TOMAR EN CUENTA: Todos los pacientes de 18 años o más deben firmar este consentimiento por si mismos, a menos que ellos estén incapacitados, tengan un tutor legal ó un representante personal. En estos casos, la persona que está firmando debe adjuntar a éste formulario de consentimiento una prueba escrita de tutoría, representación o incapacidad. Uno de los padres o el tutor deben firmar en nombre del menor de edad, excepto en ciertas circunstancias, donde la Ley de Maryland permite que una persona menor de 18 años dé su consentimiento para cuidado médico, sin el consentimiento de uno de los padres o el tutor, solamente se requiere la firma del paciente.</p>	