

Al completar este Formulario de autorización, autorizo voluntariamente a EmblemHealth a usar o compartir mi información médica protegida con las personas u organizaciones que he incluido en este formulario.

## INSTRUCCIONES

Las siguientes instrucciones explican la información que EmblemHealth necesita de usted. Si tiene preguntas o necesita ayuda, llame a nuestro equipo de Servicio de Atención al Cliente al número que aparece en la parte posterior de su tarjeta de identificación de miembro o visite **[emblemhealth.com/contact](https://emblemhealth.com/contact)** para obtener más información sobre cómo contactarnos. Le recomendamos que lea completamente el formulario antes de completarlo.

Llene el formulario por completo.

- 1. INFORMACIÓN DEL MIEMBRO:** Incluya aquí el número de identificación de miembro, el nombre, la dirección, el número de teléfono y la fecha de nacimiento.
- 2. DESTINATARIO DE LA INFORMACIÓN:** ¿Con quiénes podemos compartir esta información?
- 3. PROPÓSITO DE LA AUTORIZACIÓN:** Díganos por qué nos solicita que compartamos su información y agregue cualquier otra información que necesitemos saber para compartir su información.
- 4. INFORMACIÓN QUE SE DIVULGARÁ:** Díganos qué tipo de información nos autoriza a compartir. Si desea compartir solo cierta información, indíquelo en el espacio proporcionado.

No compartiremos información confidencial, como salud del comportamiento y sobre el VIH/SIDA, a menos que usted nos lo indique específicamente. Escriba sus iniciales donde se indica para divulgar esta información.

- 5. VIGENCIA DE LA AUTORIZACIÓN:** Díganos por cuánto tiempo debemos continuar divulgando esta información y cuándo desea revocar (cancelar) su autorización.
  - Si marca la primera casilla, puede indicar el día, mes y año en que debe finalizar esta autorización.
  - Si marca la segunda casilla, puede describir cuándo esta autorización debería finalizar.

**Importante:** Si no proporciona una fecha de finalización o evento en este formulario, su autorización permanecerá vigente durante 24 meses a partir de la fecha de su firma.

- 6. CONDICIONES DE AUTORIZACIÓN:** Lea esta sección en su totalidad. Incluye información importante sobre lo que puede suceder con su información después de que la divulguemos.
- 7. REQUISITO DE FIRMA:** No podemos divulgar su información a menos que usted o su representante personal firmen el formulario. Si un representante personal presenta la solicitud, debe firmar este formulario. Un representante personal es una persona que, según la ley, tiene la autoridad para actuar en su nombre o en el de sus dependientes para tomar decisiones relacionadas con la atención médica.

La solicitud debe incluir una prueba escrita (como comprobante de custodia legal o poder notarial). Necesitamos ver esto para asegurarnos de que esta persona tiene derecho a actuar en su nombre o en nombre del dependiente.

Tenga en cuenta que algunos formularios, como un formulario de poder notarial duradero, solo pueden otorgar a un representante personal un derecho limitado. Los derechos otorgados al representante deben incluir la capacidad de solicitar y recibir información médica protegida. Esto se puede hacer otorgando a la persona el derecho a tomar decisiones sobre su atención médica.

Continuación

Todas las secciones obligatorias de este formulario deben completarse para que sea válido. Consulte las instrucciones para obtener más información sobre cómo completar este formulario. Una vez que haya completado el formulario, envíelo a su plan a la dirección proporcionada al final de este formulario.

**1. INFORMACIÓN DEL MIEMBRO**

N.º de identificación de miembro:	Nombre del miembro:
Dirección postal:	
Número de teléfono (opcional):	Fecha de nacimiento:

**2. DESTINATARIO DE LA INFORMACIÓN**

Personas u organizaciones con las que EmblemHealth puede compartir mi información:

Nombre:	
Dirección:	
Número de teléfono (opcional):	Relación:

**3. PROPÓSITO DE LA AUTORIZACIÓN:** La divulgación se limita al propósito específico proporcionado.

Por petición mía.   Para los siguientes propósitos: \_\_\_\_\_

**4. INFORMACIÓN QUE SE DIVULGARÁ**

**Autorizo a EmblemHealth a divulgar mi información médica protegida descrita a continuación:**

Toda la información clínica, de reclamaciones, facturación, beneficios o cobertura.

**O**

Solo información específica. Especifique: \_\_\_\_\_

**Información confidencial:**

Coloque sus iniciales a continuación para permitir que se comparta con el destinatario la información relacionada con cualquiera de los siguientes aspectos. Este tipo de información debe autorizarse específicamente.

Todos los trastornos por abuso de sustancias (alcohol/drogas)

**O**

Solo el siguiente trastorno por abuso de sustancias (alcohol/drogas):

Salud mental (excepto historia clínica de psicoterapia)

Información genética (incluidos los resultados de las pruebas genéticas)

VIH/SIDA

Enfermedades de transmisión sexual

**5. VIGENCIA DE LA AUTORIZACIÓN**

La autorización finalizará el: (mes/día/año) \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

**O**

La autorización finalizará con el siguiente evento:

---

**Importante:** Si no especifica una fecha de finalización o evento, esta autorización permanecerá vigente durante 24 meses a partir de la fecha en que se firmó este Formulario de autorización, o hasta que lo “revoque” o cancele por escrito, lo que ocurra primero.

**Revocación o cancelación de la autorización:**

Entiendo que tengo derecho de revocar (cancelar) esta autorización en cualquier momento. La revocación (cancelación) debe ser por escrito, estar firmada y fechada, y debe enviarse a la dirección que aparece al final de este formulario.

Cualquier revocación (cancelación) entrará en vigencia tan pronto como EmblemHealth reciba mi aviso por escrito. Entiendo que EmblemHealth puede haber divulgado información con base en mi autorización anterior, antes de que recibieran la revocación (cancelación).

**6. CONDICIONES DE AUTORIZACIÓN**

Comprendo que:

- La información que se comparte mediante esta autorización podría ser compartida nuevamente por las personas u organizaciones que la reciben y es posible que ya no esté protegida por la ley.
- Puedo negarme a firmar esta autorización. En ese caso, EmblemHealth no puede exigirme que la firme para inscribirme o permanecer inscrito en mi plan. Continuaré siendo elegible para recibir beneficios de salud y mi tratamiento no se verá afectado ya sea que firme o no este Formulario de autorización. EmblemHealth no debe exigirme que la firme para pagar o recibir beneficios de salud específicos.
- Entiendo que este formulario no permite que EmblemHealth proporcione la historia clínica de psicoterapia. La historia clínica de psicoterapia son aquellas notas que toma un profesional de la salud mental durante mi cita. Si son necesarias, llenaré un formulario por separado: Autorización para usar o divulgar la historia clínica de psicoterapia, el cual se pueden solicitar si llamo al equipo de Servicio de Atención al Cliente al número que aparece en la parte posterior de mi tarjeta de identificación de miembro.
- Si autorizo a EmblemHealth a divulgar información relacionada con el VIH/SIDA, un tratamiento por abuso de alcohol o drogas, o un tratamiento de salud mental, las leyes federales prohíben al destinatario divulgar dicha información o usarla sin mi autorización, a menos que así lo permita la ley federal o estatal.
- Si soy discriminado debido a la divulgación o revelación de información relacionada con el VIH/SIDA, puedo comunicarme con la División de Derechos Humanos del Estado de Nueva York llamando al **888-392-3644**. Este organismo es responsable de proteger mis derechos.
- Entiendo que el número de teléfono que proporciono en este formulario puede ser usado por EmblemHealth o cualquiera de las partes contratadas para contactarme por temas relacionados con mi cuenta, mi plan de beneficios de salud o los programas relacionados o por servicios que me brindaron.

**7. REPRESENTANTE PERSONAL**

- Marque aquí si firma como representante personal autorizado y proporcione su información a continuación. Adjunte la documentación correspondiente (por ejemplo, tutor legal, poder notarial, orden judicial, etc.). Para obtener más información, consulte las instrucciones.

Nombre en letra de imprenta: \_\_\_\_\_

Relación con el miembro: \_\_\_\_\_

**8. REQUISITO DE FIRMA**

El miembro o un representante personal autorizado **debe firmar** este formulario. Uno de los padres debe firmar por un hijo dependiente menor de 18 años de edad.

He leído y comprendo los términos de esta autorización. También he tenido la oportunidad de hacer preguntas acerca de cómo se usará y compartirá mi información de salud.

Al firmar esta autorización, confirmo que la información en este formulario es completa y precisa, y cumple con mis deseos.

Autorizo el uso y la divulgación de mi información de salud de la manera descrita en este formulario.

Firma del miembro: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Firma del representante personal: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

- Padre/Madre  Tutor legal\*  Poder notarial\*  Otro\*

\*Debe incluir documentación que demuestre que tiene autoridad legal para actuar en nombre del miembro.

Envíe por correo este formulario una vez que lo haya completado a:

**EmblemHealth**

Customer Service Department

P.O. Box 1701

New York, NY 10023-1701