

SECCIÓN A: INFORMACIÓN DEL MIEMBRO

Complete toda la información solicitada en esta sección para el miembro cuya información se divulgará.

Nombre: apellido, primer nombre, inicial del segundo nombre, título (Sr., Jr., III.)	Fecha de nacimiento: 	N.º de teléfono: () -
Domicilio:	N.º de grupo: (como aparece en la tarjeta de id. del miembro)	
Ciudad, estado, código postal:	N.º de id. del miembro: (como aparece en la tarjeta de id. del miembro)	

SECCIÓN B: PERSONAS AUTORIZADAS

Enumere las personas u organizaciones a las que autoriza a ver o recibir su PHI. Incluya el domicilio y el número de teléfono de cada persona en caso de que necesiten ser contactadas en una emergencia.

1.	Nombre/organización:	Relación:
	Domicilio:	N.º de teléfono: () -
2.	Nombre/organización:	Relación:
	Domicilio:	N.º de teléfono: () -

SECCIÓN C: DESCRIPCIÓN DE LA INFORMACIÓN QUE PUEDE SER DIVULGADA (MARCAR TODAS LAS QUE CORRESPONDAN) Si es necesario más espacio para describir la PHI, adjunte una página adicional.

Información de precertificación/ remisión/autorización	Inscripción/beneficios	Manejo de enfermedades
Información de gestión de casos	Información de pago	Información de farmacia
Información demográfica	Gestión de la salud	Información de reclamos
TODAS LAS ANTERIORES	Otra: (especificar)	

Entiendo que mi autorización específica es necesaria para divulgar mi información relacionada con los puntos que se detallan a continuación. Al colocar mis iniciales, autorizo a que se divulgue la siguiente información pertinente a mi caso:

Embarazo/reproducción (iniciales)	Psicoterapia/salud mental (iniciales)	VIH/sida (iniciales)	Alcoholismo/abuso de sustancias (iniciales)
---	---	--------------------------------	--

La información se usará/divulgará con el siguiente objetivo:

SECCIÓN D: PERÍODO

A menos que se indique a continuación, las personas autorizadas en la Sección B pueden obtener su PHI a partir de la fecha de cobertura de su plan con Denver Health Medical Plan, Inc.

Solo responder las solicitudes desde (insertar fecha)
hasta (insertar fecha)

SECCIÓN E: ALCANCE DE LA AUTORIZACIÓN (MARCAR TODAS LAS QUE CORRESPONDAN. ES OBLIGATORIO COMPLETAR ESTA SECCIÓN).

La(s) persona(s) en la Sección B puede(n) **analizar oralmente** mi PHI con Denver Health Medical Plan, Inc.

La(s) persona(s) en la Sección B puede(n) **inspeccionar u obtener copias** de mi PHI de Denver Health Medical Plan, Inc.

La(s) persona(s) en la Sección B puede(n) **cambiar mi médico de atención primaria (Primary Care Physician, PCP) y domicilio** mantenidos por Denver Health Medical Plan, Inc.

SECCIÓN F: INFORMACIÓN DEL REPRESENTANTE PERSONAL

Complete esta sección si usted es un representante personal que actúa en nombre de un miembro. Debe incluir una copia de uno de los siguientes documentos como prueba de su autoridad y representación legal:

- » representante válido de atención médica;
- » documentación que certifique la tutela;
- » poder notarial;
- » formulario válido de designación de representante de cliente (Designation of Client Representative, DCR).

Si el miembro ha fallecido, incluya uno de los siguientes documentos:

- » certificado del administrador o albacea testamentario;
- » certificado del cónyuge supérstite.

Nombre: apellido, primer nombre, inicial del segundo nombre, título (Sr., Jr., III.)

Relación:

Domicilio:

N.º de teléfono:

() -

SECCIÓN G: FIRMA/FECHA

Lea detenidamente lo siguiente antes de firmar.

Al firmar este formulario, comprendo lo siguiente: (1) si la entidad autorizada para recibir mi PHI no es un plan de salud, un proveedor de atención médica u otra entidad cubierta según lo descrito por la Ley de Privacidad de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA), la información divulgada puede dejar de estar protegida por las leyes federales y estatales que rigen el uso/la divulgación de información médica protegida; (2) puedo revocar esta autorización en cualquier momento mediante notificación escrita a Denver Health Medical Plan, Inc.; (3) si revoco esta autorización, mi revocación no tendrá efecto sobre ninguna acción que Denver Health Medical Plan, Inc. haya tomado de acuerdo con esta autorización antes de recibir mi revocación; (4) es mi elección firmar este formulario y lo hago voluntariamente. Firmar o no firmar este formulario de autorización no afectará ninguna decisión de pago, inscripción, elegibilidad ni decisiones de cobertura respecto de beneficios tomadas por Denver Health Medical Plan, Inc.

Firmo esta autorización bajo pena de perjurio y certifico que la información contenida en esta autorización es verdadera y correcta, y puede ser utilizada por Denver Health Medical Plan, Inc.

Firma del miembro o del representante personal:	Fecha:
Nombre en letra de imprenta:	Relación con el miembro:

NOTA IMPORTANTE

Sí, quisiera una copia de este formulario para guardar en mis registros.

No, no necesito una copia de este formulario para guardar en mis registros.

SECCIÓN H: DEVUELVA ESTE FORMULARIO COMPLETO Y TODA LA DOCUMENTACIÓN ACREDITATIVA AL SIGUIENTE DOMICILIO:

Correo postal: Denver Health Medical Plan, Inc. ATTN: Privacy Officer 777 Bannock Street, Mail Code 6000 Denver, CO 80204	Fax seguro: (303) 602-2025 Correo electrónico: PrivacyOfficerDHMP@dhha.org
--	--



Administered by
Denver Health
Medicaid Choice