
AUTORIZACIÓN PARA EL USO/DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA

Propósito: Este formulario se utiliza para que una persona autorice a Blue Cross and Blue Shield of Louisiana y a su subsidiaria, HMO Louisiana, Inc. (conjuntamente conocidas como “Blue Cross”) a utilizar o divulgar la información de salud protegida de una persona para los propósitos indicados.

Instrucciones: Las secciones con “*” deben ser completadas. Si esta autorización es para la divulgación de notas de psicoterapia, información genética o cualquier información relacionada con los registros de trastornos por uso de alcohol o drogas de un miembro, marque el recuadro correspondiente en la Sección B. El formulario debe ser firmado y fechado.

SECCIÓN A: Información del Miembro.

*Nombre _____

*Dirección _____

Teléfono _____ Correo Electrónico _____

O Número de _____

*Número de Miembro _____ Seguro Social _____

Lea lo siguiente y complete la información solicitada.

Sin Condiciones: Esta autorización es voluntaria. Al recibir esta autorización, no condicionaremos su inscripción para un plan de salud ni la elegibilidad para beneficios.

Efecto de Otorgar esta Autorización: La información de salud protegida que se describe a continuación puede ser divulgada y/o recibida por personas u organizaciones que no están sujetas a las leyes federales de privacidad de información de salud. Estas personas u organizaciones pueden además divulgar la información de salud protegida, y es posible que ya no esté protegida por las leyes federales de privacidad de información de salud.

SECCIÓN B: El uso y/o divulgación de la información que se autoriza.

***Propósito:** Describa el propósito o razón para el uso y/o divulgación en el espacio a continuación.

***Información de Salud Protegida a Ser Usada y/o Divulgada:** Describa específicamente y de manera significativa la información de salud protegida que esta autorización permitirá usar y/o divulgar, incluyendo cuánta y qué tipo de información.

- Marque si esta autorización es para información genética.
 Marque si esta autorización es para notas de psicoterapia.
 Marque si esta autorización es para registros de trastornos por uso de alcohol o drogas.

Tenga en Cuenta:

Si esta autorización es para notas de psicoterapia, no debe ser usada como ningún otro tipo de autorización de información de salud protegida.

Si esta autorización es para registros de trastornos por uso de alcohol o drogas, se incluirá la siguiente declaración por escrito con la divulgación hecha por Blue Cross: *La regulación federal 42 CFR parte 2 prohíbe la divulgación no autorizada de estos registros.*

SECCIÓN C: Entidades que pueden divulgar y usar/recibir información.

Entidades autorizadas a Divulgar/Revelar: Nombre o describa específicamente a las personas y/u organizaciones, incluido Blue Cross, que estarán autorizadas a divulgar/revelar la información de salud protegida descrita anteriormente.

<u>Persona/Organización #1</u>			<u>Persona/Organización #2</u>		
*Nombre _____			*Nombre _____		
*Dirección _____			*Dirección _____		
Ciudad _____	Estado _____	Código Postal _____	Ciudad _____	Estado _____	Código Postal _____

Entidades Autorizadas a Recibir y Usar: Nombre a las personas y/u organizaciones, incluido Blue Cross, a quien esta autorización le permitirá recibir y/o usar la información de salud protegida descrita anteriormente.

<u>Persona/Organización #1</u>			<u>Persona/Organización #2</u>		
*Nombre _____			*Nombre _____		
*Organización _____			*Organización _____		
*Dirección _____			*Dirección _____		
Ciudad _____	Estado _____	Código Postal _____	Ciudad _____	Estado _____	Código Postal _____

Si la organización no es su proveedor tratante, usted debe además indicar el nombre de la persona que está autorizada a recibir su información en la organización. Si esta autorización es para registros de trastornos por uso de alcohol o drogas y usted no indica el nombre, Blue Cross no puede divulgar la información.

SECCIÓN D: Expiración y revocación.

*Expiración: Esta autorización expirará (complete una de las siguientes opciones):

- En ____/____/____ (Mes/Día/Año)
- En caso de que ocurran los siguientes eventos o condiciones (los cuales deben estar relacionados con la persona o con el propósito del uso y/o divulgación que se autoriza, y durar no más de lo razonablemente necesario para cumplir con el propósito).

Derecho a Revocar: Usted puede revocar esta autorización en cualquier momento, presentando por escrito una notificación de revocación a la Oficina de Privacidad de Blue Cross a: Blue Cross Privacy Office, P.O. Box 98029, Baton Rouge, LA 70898-9029. La notificación verbal de revocación es permitida para registros de trastornos por uso de alcohol o drogas, llamando al número de teléfono que se encuentra al reverso de la tarjeta de identificación del miembro. La revocación de esta autorización *no* afectará ninguna acción que hayamos tomado en virtud de esta autorización antes de recibir su notificación de revocación.

Sección E: Firma de la Persona.

Usted tiene derecho a una copia de esta autorización después de firmarla.

Yo, *_____, he tenido la entera oportunidad de leer y analizar el contenido de esta autorización. Yo entiendo que, al firmar este formulario, estoy confirmando mi autorización para el uso y/o divulgación de mi información de salud protegida, como se describe en este formulario.

*Firma: _____ *Fecha: _____

Si esta autorización es firmada por un representante personal en nombre de la persona, complete lo siguiente:

Nombre del Representante Personal: _____

Relación con la Persona: _____

Nota para el departamento que solicita/recibe la autorización: Requisito de documentación. Incluya esta autorización en sus archivos del departamento y mantenga una copia física o electrónica por 10 años después de la última fecha efectiva.