

Autorización para divulgar la información médica protegida (PHI, en inglés)



Hay momentos en los que es posible que desee divulgar su PHI a otras personas, tales como a su cónyuge, padre, tutor u otro miembro de la familia. Debido a que sus expedientes son confidenciales, necesitaremos su consentimiento firmado para divulgar su PHI. La divulgación de su PHI incluye tanto expedientes escritos como información verbal.

Padres/tutores: Queremos tener la posibilidad de hablar con usted en nombre de su hijo derechohabiente (mayor de 18 años de edad o entre las edades de 14 y 18 años para algunos diagnósticos) acerca de su PHI. Para poder hacer esto, nos exigen que tengamos su consentimiento por escrito.

Si desea compartir su PHI con alguien más, complete todas las secciones detenidamente y devuélvalo a Blue Cross and Blue Shield of Kansas (BCBSKS). Este formulario está disponible en línea en **bcbsks.com**.

Sección 1 : Persona que autoriza la divulgación

Nombre	Dirección postal		
Apellido	Ciudad		
Número de identificación de asegurado	Estado	Código postal +4	Fecha de nacimiento

Sección 1a – Autorización de la divulgación

Autorizo a BCBSKS para divulgar por todos los medios, toda la información de la elegibilidad, la inscripción, la suscripción, las primas del plan, los beneficios del plan, las reclamaciones, la correspondencia para o de BCBSKS y la autorización previa o las determinaciones para servicios proporcionados por cualquier médico u hospital (excluyendo la información acerca del trastorno por abuso de sustancias). **Nota - Si su solicitud está relacionada con trastorno por abuso de sustancias, consulte el Formulario de Autorización para el trastorno por abuso de sustancias.*

- Sí.** Entiendo que esta selección incluye todas las pólizas (por ejemplo, pólizas de seguro de salud, seguros dentales, seguros para el cáncer y/o de indemnización por hospitalización) en todos los períodos de tiempo (fechas anteriores, actuales y futuras). **Pase a la Sección 2 en la página 2**
- No. (Llene la información de la Sección 1b)**

Sección 1b – Autorización de la divulgación

Para este período (marque una casilla):

- Cualquiera o todas las fechas
- Rango de fechas

De: MM / DD / AAAA a MM / DD / AAAA

Fecha específica: MM / DD / AAAA

Autorizo a BCBSKS para que divulgue (marque una casilla):

- Toda la información de la elegibilidad, la inscripción, la suscripción, las primas del plan, los beneficios del plan, las reclamaciones, la correspondencia para o de BCBSKS y la autorización previa o las determinaciones para servicios proporcionados por cualquier médico u hospital.

- Los documentos, expedientes y otra información para apelar una decisión de BCBSKS respecto a mi reclamación. Podría incluir expedientes médicos de mis profesionales médicos (excluyendo notas de psicoterapia e información respecto al abuso de alcohol y sustancias). Importante: La entrega de este formulario no constituye

una apelación.

Esta divulgación de información es con el propósito específico de asistencia con: (marque todas las casillas que apliquen)

- Todas las pólizas**
 - Todas las pólizas de seguro de salud
 - Todas las pólizas de seguro dental
 - Todas las pólizas de seguro para el cáncer
 - Todas las pólizas de indemnización hospitalaria
 - O para el propósito específico de:

Sección 2: Divulgación de información médica protegida (PHI, en inglés)

Divulgar mi PHI a las siguientes personas o categorías de personas:

Primer nombre o categoría (por ejemplo, personal de facturación, personal médico)

Apellido

Nombre de la organización

(____) ____ - ____
Número de teléfono

____ / ____ / ____
Fecha de nacimiento

Primer nombre o categoría (por ejemplo, personal de facturación, personal médico)

Apellido

Nombre de la organización

(____) ____ - ____
Número de teléfono

____ / ____ / ____
Fecha de nacimiento

Primer nombre o categoría (por ejemplo, personal de facturación, personal médico)

Apellido

Nombre de la organización

(____) ____ - ____
Número de teléfono

____ / ____ / ____
Fecha de nacimiento

Autorización para hijos derechohabientes (menores de 18 años de edad):

Autorizo la divulgación de la PHI de mi derechohabiente indicado a continuación:

Divulgar la PHI de mis derechohabientes a las siguientes personas o categorías de personas:

Primer nombre o categoría (por ejemplo, personal de facturación, personal médico)

Apellido

Nombre de la organización

(____) ____ - ____
Número de teléfono

____ / ____ / ____
Fecha de nacimiento

Primer nombre o categoría (por ejemplo, personal de facturación, personal médico)

Apellido

Nombre de la organización

(____) ____ - ____
Número de teléfono

____ / ____ / ____
Fecha de nacimiento

Sección 3: Autorización

Entiendo que la información divulgada de conformidad con esta autorización puede estar sujeta a la redivulgación por parte del destinatario y ya no estará protegida por las regulaciones federales de privacidad, salvo que la misma esté protegida por la regulación federal de abuso de sustancias y alcohol (FASAR, en inglés). Entiendo que BCBSKS no condicionará el pago, la inscripción ni la elegibilidad para recibir los beneficios al hecho de que yo firme o no esta autorización. Esta autorización es válida hasta la cancelación de mi cobertura médica con BCBSKS, hasta que los derechohabientes lleguen a la edad de 18 años de edad o hasta el momento en que BCBSKS reciba una revocación por escrito.

Además, entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento al notificarlo a BCBSKS por escrito y que la revocación de esta autorización no afectará ninguna medida que se haya tomado con base en esta autorización antes de haber recibido la revocación por escrito. **Si firma esta autorización como Representante Legal, Representante Legal para asuntos de atención médica o Tutor/Conservador, tiene que acompañar este formulario con una copia del documento legal.**

Se requiere su firma

Solicitante

____ / ____ / ____
Fecha en que se firma

Nombre en letra de molde

Cuando esté completo, envíelo por correo a:

Blue Cross and Blue Shield of Kansas
1133 SW Topeka Blvd., Topeka, KS 66629-0001

Aviso: Guarde una copia de este formulario para sus archivos.

Solo para uso interno

Devolver a _____

Dirección de correo _____