

# Autorización para Compartir Información Médica Personal



VERIFICAR LA INFORMACIÓN ACTUAL (en letra de imprenta)

Fecha de Solicitud: \_\_\_\_\_

Nombre del Miembro: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

N.º de Care1st: \_\_\_\_\_ N.º de Teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección: Calle \_\_\_\_\_ Ciudad/Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

## Su Solicitud

¿Es usted el miembro?  Sí  No

Si su respuesta fue “No”, indíquenos quién es:

- Madre, padre, tutor legal, etc. del miembro
- Tomo decisiones médicas por el miembro como su representante autorizado(a)
- El miembro murió y yo me hice cargo de los activos

Nombre del Solicitante (rellene si **no** es el miembro, en letra de imprenta): \_\_\_\_\_

**Me gustaría que Care1st Health Plan Arizona comparta mi información médica personal, incluida la reclamación y/o información sobre beneficios con:**

(Nombre del Destinatario – En Letra de Imprenta) \_\_\_\_\_

**Esta información puede contener tratamientos o servicios específicos que yo haya recibido. Esta información puede incluir información creada por otros.**

**Esta Autorización para Compartir Información Personal permite a Care1st Health Plan Arizona, en representación propia o de empresas relacionadas, discutir o divulgar su información médica personal a una persona que usted seleccione. La Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud (HIPAA) nos exige obtener su permiso antes de divulgar su información.**

Al dejar mis iniciales delante de cualquiera de los siguientes elementos, autorizo específicamente a Care1st a divulgar o compartir lo siguiente (NOTA: LAS NORMATIVAS FEDERALES REQUIEREN UNA DESCRIPCIÓN DE LOS MOTIVOS PARA DIVULGAR INFORMACIÓN SOBRE EL ABUSO DE SUSTANCIAS):

\_\_\_\_\_ Registros relacionados con el VIH/SIDA y las enfermedades contagiosas

\_\_\_\_\_ Registros de Salud Mental

\_\_\_\_\_ Registros de pruebas genéticas

\_\_\_\_\_ Tratamiento para la drogadicción o el alcoholismo por las siguientes razones:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

*Ir a la página siguiente*

**Mediante la firma de esta Autorización, entiendo lo siguiente:**

- Care1st divulgará o compartirá información que pueda contener Información de Salud Protegida (PHI) a la persona que indiqué en esta solicitud.
- Este permiso es voluntario. Puedo cambiar o retirar (cancelar) mi solicitud por escrito en cualquier momento (envíe su solicitud por escrito para cambiarla o retirarla a la siguiente dirección).
- Mi solicitud no se procesará si este formulario no está completamente relleno, firmado y fechado.
- Puedo negarme a firmar esta autorización y mi negativa no afectará mi elegibilidad para los beneficios.
- Si no entiendo este formulario o tengo alguna pregunta sobre él, puedo comunicarme con Care1st al: **1-866-560-4042 (TTY 711)**.
- **Esta autorización finalizará en doce (12) meses a partir de la fecha de mi firma, a menos que a continuación se indique lo contrario:**

**Deseo que la autorización finalice el (indique la fecha):**

---

Firma del Miembro (o representante autorizado, Fecha o tutor legal)

Si usted firmó y no es el Miembro, ¿cuál es su número de teléfono? Indíquelo a continuación:

---

*Nota: Antes de que Care1st pueda considerar una solicitud firmada por cualquier persona que no sea el miembro, debemos verificar la autoridad de la persona para actuar en nombre del miembro (si aún no está en el archivo). Si el miembro no puede dar su consentimiento debido a su edad, Care1st puede requerir información adicional antes de que podamos considerar esta solicitud.*

Se adjunta un sobre sellado y con dirección propia para devolver la Divulgación de Información después de haber revisado y firmado los formularios.

**Devuelva este formulario a:**

Care1st Health Plan Arizona  
Attn: Privacy Officer  
PO Box 52079  
Phoenix, AZ 85072-9686

**Tenga en cuenta lo siguiente:** Esta autorización no permite que la persona o entidad mencionada anteriormente cambie el plan en el que está inscrito, lo represente en una apelación ni tome ninguna de sus decisiones de tratamiento o de atención directa. Si usted desea que alguien tome decisiones de atención médica y tratamiento en su nombre, necesitará documentación legal adicional y se le pedirá que envíe un formulario diferente.

Este formulario no permite a Care1st divulgar su historia clínica en el archivo a la persona o entidad mencionada anteriormente. Si desea que Care1st divulgue su historia clínica, llene el formulario de "Autorización para Divulgar el Registro de PHI".

Revisado en 03/2022

