



## Autorización para divulgar registros de información médica protegida (PHI)

### VERIFIQUE LA INFORMACIÓN ACTUAL (escriba en letra de imprenta)

Fecha de la solicitud: \_\_\_\_\_  
Nombre del afiliado: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  
N.º de ID de Care 1<sup>st</sup>: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_

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

### SU SOLICITUD

¿Es usted el afiliado?

Sí  No

Si respondió "No", díganos quién es:

- La madre, el padre, el tutor legal, etc., del afiliado.  
 Tomo las decisiones sanitarias en nombre del afiliado como su representante autorizado.  
 El afiliado falleció y yo me hago cargo de sus bienes.

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

**Solicito que Care1st Health Plan Arizona divulgue mi historia clínica por los siguientes motivos (marque todos los que correspondan):**

- Para ayudar con la coordinación de la atención médica.  
 Para reclamaciones de indemnización por accidente de trabajo.  
 Por motivos de cobertura o pago.  
 Otro (especifique): \_\_\_\_\_  
 Esta divulgación se realiza a petición mía y elijo no indicar el motivo de la divulgación.

A menos que se indique lo contrario, mi autorización incluye información sobre reclamaciones, información sobre reclamaciones de farmacia, solicitudes de autorización previa e información sobre quejas y apelaciones. Nota: si desea conceder un acceso limitado (por ejemplo, a fechas específicas de servicio), especifíquelo en el espacio que figura a continuación:

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

Al escribir mis iniciales delante de cualquiera de los siguientes puntos, autorizo específicamente a Care1st a divulgar lo siguiente (NOTA: LA NORMATIVA FEDERAL EXIGE UNA DESCRIPCIÓN DE LOS MOTIVOS POR LOS QUE SE DIVULGA LA INFORMACIÓN SOBRE ABUSO DE SUSTANCIAS):

- \_\_\_\_\_ Registros relacionados con el VIH/sida y enfermedades contagiosas.  
\_\_\_\_\_ Registros de salud mental.  
\_\_\_\_\_ Registros de pruebas genéticas.  
\_\_\_\_\_ Tratamiento de drogas/alcohol por los siguientes motivos:

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

**Cómo le gustaría recibir su respuesta:**

Me gustaría recibir copias de la PHI enviadas de manera electrónica en formato PDF (nos pondremos en contacto con usted para establecer el proceso para que pueda recibir la información electrónica de forma **segura**).

Escriba su dirección de correo electrónico en letra de imprenta: \_\_\_\_\_

O escriba su dirección postal a continuación (si es diferente de la dirección que indicó en la página anterior):

\_\_\_\_\_ Attn: \_\_\_\_\_

Me gustaría que me lo enviaran por fax al número indicado a continuación. N.º de fax: \_\_\_\_\_ Attn: \_\_\_\_\_

Me gustaría ir y ver una copia de mi PHI que Care1st tiene archivada.

Me gustaría que me enviaran por correo una copia en papel de mi PHI a la siguiente dirección/persona (si es diferente de la anterior): \_\_\_\_\_ Attn: \_\_\_\_\_

Me gustaría que otra persona recogiera mi información (escriba su nombre): \_\_\_\_\_

**Al firmar esta Autorización, entiendo que:**

- Care1st enviará la información que contenga la PHI a la dirección o a través de los medios que indiqué en esta solicitud.
- Puedo cambiar o revocar (cancelar) esta solicitud por escrito en cualquier momento (envíe por correo su solicitud de cambio o revocación por escrito a la dirección que figura más abajo).
- Mi solicitud no se tramitará si este formulario no está completamente relleno, firmado y fechado.
- Puedo negarme a firmar esta autorización y mi negativa no afectará a mi derecho a los beneficios.
- Puedo inspeccionar o copiar cualquier información que se divulgue en virtud de esta autorización.
- Si no entiendo este formulario, o si tengo alguna pregunta sobre él, puedo ponerme en contacto con Care1st llamando al: 1- 866-560-4042 (TTY 1-800-367-8939).
- **Esta autorización finalizará en doce (12) meses a partir de la fecha de mi firma, a menos que se indique lo contrario a continuación:**

Deseo que la autorización finalice el (indique la fecha): \_\_\_\_\_

_____	_____
Firma del afiliado (o representante autorizado, o tutor legal)	Fecha
Si firmó y no es el afiliado, ¿cuál es su número de teléfono? Indíquelo a continuación:	
_____	
<i>Nota: Antes de que Care1st pueda considerar una solicitud firmada por alguien que no sea el afiliado, requerimos la verificación de la autoridad de la persona para actuar en nombre del afiliado (si no consta ya en el expediente). Si el afiliado no puede dar su consentimiento debido a su edad, Care1st puede requerir información adicional antes de que podamos considerar esta solicitud.</i>	

**Envíe este formulario a:**  
Care1st Health Plan Arizona  
Attn: Privacy Officer  
1850 W Rio Salado Parkway, Suite 211,  
Tempe, AZ 85281