

AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA

Identificación de miembro: _____

Apellido del suscriptor: _____

Acrónimo: **AUT**

SOLO PARA USO ADMINISTRATIVO DE BLUE CROSS AND BLUE SHIELD OF
NEBRASKA

Este formulario autoriza a Blue Cross and Blue Shield of Nebraska (BCBSNE) a divulgar su información médica protegida (PHI). Solo debe completar este formulario si desea que BCBSNE le entregue su PHI a otra persona u organización, por ejemplo, su cónyuge. La PHI es información sobre usted que podría identificarlo y que se relaciona con su salud o condición física o mental anterior, actual y futura, así como con los servicios de salud relacionados. Escriba en letra de imprenta clara con tinta azul o negra.

SECCIÓN A: Persona que autoriza la divulgación de la PHI

SU NOMBRE: _____

SU NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN DE MIEMBRO (TAL COMO FIGURA EN SU TARJETA DE IDENTIFICACIÓN DE BCBSNE)

SU NÚMERO DE TELÉFONO: (de día) _____ (de noche) _____

| | | | | | | | | | | | |
|---------------|---|---|---|---------------|---|---|---|---|---|---|--|
| □ | □ | □ | □ | □ | □ | □ | □ | □ | □ | □ | |
| — (PREFJIO) — | | | | — (NÚMEROS) — | | | | | | | |

SU DIRECCIÓN: _____

Calle N.º de apartamento

Ciudad Estado Código postal

SECCIÓN B: Descripción de la autorización

Por la presente, autorizo a BCBSNE a divulgar mi PHI como se describe en esta autorización. Comprendo que mi PHI podría incluir, entre otros, expedientes médicos, registros de atención de emergencia, estados de cuenta de facturación, explicación de beneficios, informes de imágenes de diagnóstico, informes de transcripción del hospital, informes de laboratorio, registros dentales, informes patológicos, registros de fisioterapia, registros del hospital (incluidos los registros de enfermería y notas de progreso) y cualquier información médica o personal relacionada con los fines de esta autorización.

Asimismo, comprendo que mi PHI podría incluir información relacionada con cualquiera de los siguientes: pruebas genéticas, salud mental (con exclusión de las notas de psicoterapia), VIH/SIDA, medicamentos recetados, embarazo/maternidad, trasplantes de órganos y dependencia de sustancias químicas (incluido el tratamiento por consumo de alcohol y drogas).

Además, comprendo que esta autorización se aplica a **TODA** la PHI, independientemente de su fecha de creación, obtención o mantenimiento por parte de BCBSNE, correspondiente al número de identificación de miembro indicado arriba, a menos que se indique lo contrario aquí (si no hubiera nada al respecto, deje el espacio en blanco): _____

SECCIÓN C: Personas/organizaciones autorizadas a recibir mi PHI

Díganos a quién autoriza para recibir su PHI; para ello, complete el cuadro a continuación.

- En el apartado "Relación de la persona con usted", brinde una descripción general como "esposo" o "abogado".
- La "Fecha de finalización" es la fecha en que finalizará esta autorización. Si no desea que esta autorización finalice en una fecha específica, marque la casilla "Al dar de baja la inscripción". Si deja las casillas "Fecha de finalización" Y "Al dar de baja la inscripción" en blanco, esta autorización seguirá siendo válida hasta que dé de baja la inscripción de su plan de salud* o por un período de seis meses desde la fecha de su fallecimiento. Si su cobertura ya ha finalizado, DEBE proporcionarnos una "Fecha de finalización" futura.
- Ciertas modificaciones en su plan de salud (p. ej., el cambio a otro empleador que ofrece un plan de salud de BCBSNE) podría ocasionar la baja de la inscripción sin interrumpir su cobertura. Si no hubiera un cambio esencial en su cobertura, esta autorización podría seguir siendo válida bajo el número de identificación de miembro indicado en este formulario.

Personas autorizadas a recibir su PHI

| Nombre de la persona que recibirá la PHI | Relación de la persona con usted | Dirección | Código postal | Número de teléfono | Fecha de finalización | Al dar de baja la inscripción |
|--|----------------------------------|-----------|---------------|--------------------|-----------------------|-------------------------------|
| | | | | | | <input type="checkbox"/> |
| | | | | | | <input type="checkbox"/> |
| | | | | | | <input type="checkbox"/> |

**AUTORIZACIÓN PARA LA
DIVULGACIÓN DE
INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA**

SOLO PARA USO ADMINISTRATIVO DE BLUE CROSS AND BLUE SHIELD OF
NEBRASKA

Fin para que cual se hará la divulgación (**NOTA: No está obligado a indicar un fin específico; si se deja en blanco, BCBSNE supondrá que la divulgación simplemente se realiza porque usted así lo solicitó**): _____

SECCIÓN D: Términos y condiciones de la autorización

Comprendo que puedo negarme a firmar esta autorización. Comprendo que BCBSNE no puede condicionar el tratamiento, el pago, la inscripción o la elegibilidad para recibir beneficios, a la firma de esta autorización. También comprendo que si la(s) persona(s)/organización(es) autorizada(s) a recibir mi PHI no es/son un plan de salud o un proveedor de atención médica, es posible que la información divulgada ya no esté protegida por las reglamentaciones federales de privacidad. Asimismo, comprendo que puedo revocar esta autorización por escrito en cualquier momento, excepto en la medida que se haya tomado una medida basada en esta autorización.

(comuníquese con BCBSNE en la dirección o al número de teléfono indicados a continuación para obtener el formulario estándar de revocación de la autorización).

A menos que se revoque con anterioridad, esta autorización finalizará en la fecha especificada anteriormente o al dar de baja la inscripción del plan de salud (definido en la Sección C).

SECCIÓN E: Su firma

Firma de la persona: _____ Fecha: _____

Si un representante personal firma esta autorización en nombre de la persona, complete la siguiente información:

Nombre del representante personal: _____

Relación con el miembro (marque una de las siguientes opciones):

- Padre:** Como el padre del menor de edad, usted está autorizado a obtener información médica protegida (PHI). Si desea autorizar a otra persona para que reciba la PHI sobre este menor de edad, debe marcar esta casilla y escribir su nombre en el campo de representante personal arriba.
- Tutor legal, curador o albacea:** Adjunte la documentación legal que acredite que usted es el tutor legal, curador o albacea.
- Poder duradero:** Adjunte la documentación legal que acredite que usted tiene un poder duradero.

Envíe de vuelta el formulario completo y firmado en el sobre adjunto con franqueo pago O BIEN envíelo a la siguiente dirección:

Blue Cross and Blue Shield of Nebraska
Attention: Privacy Office
PO Box 3248
Omaha, NE 68180-0001

Número de fax: 402-392-4153

Correo electrónico: ContactUs@NebraskaBlue.com (escanee el documento firmado para enviarlo por correo electrónico)

Si tiene preguntas, necesita información adicional o ayuda para completar este formulario, escríbanos a la dirección antes mencionada o llámenos al 402-343-3521 o 877-258-3999.