



NEBRASKA

Con licencia independiente de la
Blue Cross and Blue Shield Association

P.O. Box 3248 • Omaha, NE 68180-0001

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN PROTEGIDA DE SALUD

ID:

Sub. Last Name:

Acronym: **AUT**

BLUE CROSS AND BLUE SHIELD OF NEBRASKA OFFICE USE ONLY

Este formulario autoriza a Blue Cross and Blue Shield of Nebraska (BCBSNE) a divulgar su información protegida de salud. Solamente debe completar este formulario si desea que BCBSNE le entregue su información protegida de salud a otra persona u organización, como su cónyuge. La "información protegida de salud" (PHI, por sus siglas en inglés) es información sobre usted que puede identificarle y se relaciona con su salud o condición física o mental pasada, presente o futura, así como con los servicios médicos relacionados. Escriba con letra clara y tinta azul o negra.

SECCIÓN A: Persona que autoriza la divulgación de la información protegida de salud (PHI)

SU NOMBRE _____

SU NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN DE AFILIADO (COMO APARECE EN SU TARJETA DE IDENTIFICACIÓN BCBSNE)

SU NÚMERO DE TELÉFONO: (Día) _____ (Noche) _____

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
(PREFIJO ALFABÉTICO)				(NÚMEROS)							

SU DIRECCIÓN: _____

Calle _____ Apartamento _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal (EE.UU.) _____

SECCIÓN B: Descripción de autorización

Autorizo por este intermedio a Blue Cross and Blue Shield of Nebraska (BCBSNE) para que divulgue mi información protegida de salud (Protected Health Information, PHI) como se describe en esta autorización. Entiendo que mi información protegida de salud puede incluir, entre otras cosas, lo siguiente: antecedentes médicos, antecedentes de atención de urgencia, estados de facturación, explicación de beneficios, informes de imágenes de diagnóstico, informes clínicos transcritos, informes de laboratorio, registros dentales, informes de patología, registros de fisioterapia, registros hospitalarios (incluidos registros de enfermería y notas de progreso), además de toda información personal o médica relacionada con el objetivo de esta autorización.

Entiendo además que mi información protegida de salud puede incluir datos relacionados con cualquiera de los aspectos siguientes: pruebas genéticas, salud mental (excluidas las notas de psicoterapia), VIH/SIDA, medicamentos con receta, embarazos/ maternidad, transplantes de órganos y narcoddependencia (incluidos los tratamientos contra alcoholismo y drogadicción).

Entiendo además que esta autorización se aplica a TODA INFORMACIÓN PROTEGIDA DE SALUD, exceptuando las limitaciones siguientes (si no hay ninguna, dejar en blanco): _____

SECCIÓN C: Personas/Organizaciones autorizadas para recibir mi información protegida de salud (PHI)

Díganos a quién autoriza para recibir su información protegida de salud completando la tabla a continuación.

- En el caso de "Relación de la persona con usted" indique una descripción general como "esposo" o "abogado".
- La "Fecha inicial" es la fecha en que comenzará esta autorización.
- La "Fecha final" es la fecha en que terminará la vigencia de esta autorización. Si no desea que termine esta autorización en una fecha específica, seleccione el cuadro "Al terminar la inscripción". Si deja en blanco los dos cuadros de "Fecha final" Y "Al terminar la inscripción", esta autorización mantendrá su validez hasta que termine su inscripción en el plan de salud o fallezca. Si su cobertura ya se ha terminado usted DEBE darnos una "Fecha final" futura.

Personas autorizadas para recibir su información protegida de salud (PHI)

Nombre de la persona que recibe la PHI	Relación de la persona con usted	Dirección	Código postal (EE.UU.)	Número de teléfono	Fecha inicial	Fecha final	Al terminar la inscripción



NEBRASKA

Con licencia independiente de la
Blue Cross and Blue Shield Association

P.O. Box 3248 • Omaha, NE 68180-0001

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN PROTEGIDA DE SALUD

BLUE CROSS AND BLUE SHIELD OF NEBRASKA OFFICE USE ONLY

Propósito para el cual se va a efectuar la divulgación (**NOTA: no se le exige indicar un fin específico; si lo deja en blanco, BCBSNE supondrá que la divulgación es solamente a pedido suyo**): _____

SECCIÓN D: Términos y condiciones de esta autorización

Entiendo que puedo negarme a firmar esta autorización. Entiendo que BCBSNE no puede condicionar tratamiento, pago, inscripción o elegibilidad de beneficios a que yo firme esta autorización. Entiendo también que si la(s) persona(s)/organización(es) autorizada(s) para recibir mi información protegida de salud no es(son) plan de salud o proveedor de atención médica, la información divulgada ya no puede estar protegida por las reglamentaciones federales de privacidad de EE.UU. Entiendo además que puedo revocar esta autorización por escrito en cualquier momento, con la excepción de que se haya usado esta autorización para actuar basado en ella (**diríjase a BCBSNE a la dirección o el teléfono indicados a continuación para obtener**). A menos que se haya revocado con anterioridad, esta autorización terminará en la fecha especificada más arriba o al terminar mi inscripción en el plan de salud.

SECCIÓN E: Su firma

Firma de la persona: _____ Fecha: _____

Si firma esta autorización un representante personal a nombre de la persona, complete lo siguiente:

Nombre del representante personal: _____

Relación con el afiliado (seleccione una de las opciones siguientes):

- Padre o madre.** Como padre/madre del menor usted está autorizado para obtener información protegida de salud (PHI). Si desea autorizar a otra persona para que reciba la información protegida de salud sobre este menor deberá seleccionar este cuadro y escribir su nombre en el campo de representante personal más arriba.
- Guardián/tutor legal, curador o albacea.** Adjunte documentación legal que demuestre que usted es el guardián/tutor legal, curador o albacea.
- Titular de poder legal.** Incluya la documentación legal que demuestre que usted tiene PODER NOTARIAL. Si tiene un PODER NOTARIAL de atención médica debe ir acompañado de una certificación de incapacidad extendida por un médico.

Envíe el formulario completado a la dirección siguiente:

**Blue Cross and Blue Shield of Nebraska
Attention: Privacy Office (oficina de privacidad)
P.O. Box 3248
Omaha, NE 68180-0001
Número de FAX: (402) 392-4153**

Si tiene preguntas, necesita información o asistencia adicional para completar este formulario, comuníquese con nosotros en la dirección anterior o llame al (402) 343-3521 o al número gratis (877) 258-3999