



AUTORIZACIÓN PARA COMPARTIR

INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA (PHI, por sus siglas en inglés)

Entiendo que mi registro de salud es privado y se conoce bajo la ley como “Información de Salud Protegida (PHI)”. Al completar y firmar este formulario, autorizo a Alliant Health Plans, en su nombre, subsidiarias, proveedores de servicios, contratistas independientes y entidades delegadas a compartir mi PHI a la(s) persona(s) o empresa(s) indicadas a continuación.

I. MI INFORMACIÓN

Nombre (primer, apellido): _____ Fecha de Nacimiento: _____

Dirección: _____

Ciudad, Estado, Código Postal: _____

de ID: _____ # de ID de Grupo: _____
(como aparece en la tarjeta de identificación) (como aparece en la tarjeta de identificación)

II. MI AUTORIZACIÓN DE LOS USOS Y DIVULGACIONES PERMITIDAS DE MI PHI

Autorizo el uso o la divulgación de mi información individualmente identificable como se describe más abajo. **Esta solicitud no será procesada, al menos que todos los campos estén completados.**

Información específica que podrá ser usada o divulgada: Esta autorización aplica a todos los datos demográficos personales, información médica y farmacológica y los reclamos presentados, recibidos, bajo revisión, bajo apelación o procesados por Alliant Health Plans, en su nombre, el de sus subsidiarias, proveedores de servicios, contratistas independientes y entidades delegadas.

A. Organización(es) autorizadas para utilizar o divulgar PHI: Alliant Health Plans, en su nombre, el de sus subsidiarias, proveedores de servicios, contratistas independientes y entidades delegadas.

B. Persona(s) autorizada(s) para recibir PHI: _____

C. Objetivo específico de la divulgación: A solicitud de una persona.

D. Esta autorización se vence a los 12 meses de la fecha en la que se firme este formulario, al menos que se indique un plazo menor abajo. Para un período de tiempo diferente, indique la fecha de inicio y expiración.

Mi autorización es válida a partir de: _____ hasta _____

Pase a la página 2 para firmar y fechar este formulario.



AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN (CONT.)

PARA COMPARTIR INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA (PHI)

III. INFORMACIÓN IMPORTANTE SOBRE MIS DERECHOS

He leído y entiendo las siguientes afirmaciones acerca de mis derechos:

Las leyes federales y estatales protegen la información divulgada de conformidad con esta Autorización. Entiendo que, si la persona autorizada para recibir esta información no es un proveedor de atención de salud o un plan de salud cubierto por los reglamentos federales de privacidad, esta información puede volver a ser divulgada, en cuyo caso ya no estaría protegida. Sin embargo, los requerimientos federales de confidencialidad en cuanto a los registros de pacientes que han abusado de alcohol y drogas y la Ley de Servicio de Salud Pública prohíben que la persona que reciba esta información la divulgue.

ENTIENDO QUE LA INFORMACIÓN EN MI REGISTRO DE SALUD PUEDE CONTENER INFORMACIÓN RELACIONADA CON ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL, SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (SIDA), VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH), SERVICIOS DE SALUD MENTAL O CONDUCTUAL, ADEMÁS DE TRATAMIENTO PARA EL ABUSO DE DROGAS O ALCOHOL. AUTORIZO LA DIVULGACIÓN DE DICHA INFORMACIÓN.

Alliant Health Plans no divulgará mi PHI a la(s) persona(s) o empresa(s) mencionadas en la Sección 2B, a menos que yo firme y feche este formulario.

Puedo revocar esta autorización en cualquier momento antes de su fecha de vencimiento, notificando por escrito a Alliant Health Plans, pero la revocación no afectará cualquier acción que Alliant Health Plans, en su nombre, el de sus subsidiarias, proveedores de servicios, contratistas independientes y entidades delegadas hayan emprendido antes de recibir la notificación de revocación.

En caso de que decida cancelar mi autorización, esto no afectará las acciones emprendidas por Alliant Health Plans antes de recibir la solicitud.

La información utilizada y divulgada de conformidad con esta autorización puede ser divulgada de nuevo por la(s) persona(s) que la reciba(n) si dicha(s) persona(s) no está(n) obligado por los requisitos de privacidad de HIPAA.

IV. MI FIRMA

Al firmar este formulario, autorizo a Alliant Health Plans a divulgar mi PHI.

Como individuo con capacidad de proporcionar consentimiento, mi nombre completo escrito a máquina a continuación constituye mi firma y pretende ser vinculante.

Firma (o Firma del Representante Legal): _____ Fecha: _____

Nombre en letra imprenta (o del Representante Legal): _____

Si un representante legal firma este formulario, por favor describa su relación: _____

***Los miembros mayores de 18 años deben firmar este formulario en su propio nombre.**

***Si esta solicitud está firmada por el representante legal del miembro, se le puede pedir que proporcione la documentación legal que le autoriza a actuar en nombre del miembro.**

***Si está presentando una solicitud en nombre de un hijo menor de edad, se le puede pedir que proporcione información adicional antes de aceptar la solicitud.**

Devuelva todas las páginas a:
Alliant Health Plans, Atención: PHI Forms
PO BOX 1128, Dalton, GA 30722
Fax: (866) 634 - 8917, o
Correo Electrónico: PHI@AlliantPlans.com

Solo para uso interno:

Aceptado **Negado**