

Formulario de autorización de privacidad

Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre del miembro: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento del miembro: \_\_ Núm. de ident. del miembro: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono: ( ) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ Calle Ciudad, Estado Código postal

**¿Es usted el miembro?**  Sí  No **Si la respuesta es “NO”, informe a Maryland Physicians Care, Incorporated (“el plan”) quién es usted marcando una de las casillas siguientes. Dé al plan copias de documentos que muestren que usted tiene derecho a hacer esta solicitud.**

- Soy el papá/la mamá o tutor del miembro.
- Yo tomo las decisiones sobre la atención médica del miembro.
- El miembro ha muerto y yo cuido sus bienes.
- Otro (explique) \_\_\_\_\_

Nombre del solicitante (si no es el miembro): \_\_\_\_\_ Fecha de la solicitud: \_\_\_\_\_

Dirección del solicitante (si no es el miembro): \_\_\_\_\_  
Calle Ciudad, Estado Código postal Número telefónico

**Quiero que el plan use o entregue expedientes del miembro arriba nombrado debido a que:**

- Yo (el miembro o la persona que actúa por el miembro) quiero que el plan entregue la información descrita abajo.
- Para ayudar al plan a coordinar la atención médica del miembro
- Para reclamaciones de compensación de los trabajadores
- Para cobertura de seguro o pago por atención
- Otro (infórmenos): \_\_\_\_\_

Usted puede  / no puede  (marque la casilla que corresponde) entregar expedientes sobre:

- Pruebas de SIDA/VIH u otra información
- Otra enfermedad transmisible (p. ej., enfermedad venérea)
- Información de salud mental (incluso salud del comportamiento y atención psiquiátrica)
- Tratamiento del alcoholismo y/o la drogadicción
- Información sobre pruebas genéticas

**Autorizo a que el plan use o entregue expedientes del miembro que se nombra arriba a**

Introduzca el nombre de la persona/entidad: \_\_\_\_\_

Introduzca la dirección, el número de teléfono y fax si se conoce: \_\_\_\_\_

**Informe al plan lo que quiere que entreguemos. Es necesario que provea fechas de servicio, nombres de proveedores, etc.**

\_\_\_\_\_

**Yo (el miembro o la persona que actúa por el miembro) estoy de acuerdo con lo siguiente:**

- Puedo autorizar a que el plan use o entregue expedientes del miembro. Cuando doy una aprobación, el plan entregará expedientes del miembro a una persona o empresa.
- Sé que los expedientes del miembro no siempre se pueden mantener seguros bajo las leyes de privacidad. Sé que una persona o empresa que recibe expedientes del miembro los puede compartir nuevamente.
- Puede retirar esta autorización presentando al plan una solicitud por escrito.
- Puede que no se me permita que retire una autorización en algunos casos. Puedo informarme más sobre esto en el Aviso de prácticas de privacidad del plan.
- Esta autorización terminará en doce (12) meses desde la fecha de la firma.
- Si quiero que esta autorización termine antes de esta fecha, le informaré al plan. Informaré al plan cuándo quiero que termine y la razón. Use el espacio a continuación para explicar:

- 
- Tengo derecho a recibir una copia de este formulario.
  - He leído y entiendo este formulario.

*La información autorizada para divulgación puede incluir expedientes, que pueden indicar la presencia de una enfermedad transmisible o venérea, que puede incluir, pero no se limitan a, enfermedades como hepatitis, sífilis, gonorrea y el virus de inmunodeficiencia humana, también conocido como Síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA).*

\_\_\_\_\_  
Si es el miembro - Firma del miembro

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Si es el miembro -Nombre del miembro en letra de imprenta

\_\_\_\_\_  
Si no es el miembro - Firma del representante legal

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre en letra de imprenta del representante legal

Envíe este formulario de autorización de privacidad a:

**Maryland Physicians Care**

Attn: Privacy Officer

**1201 Winterson Rd, 4th Floor. Linthicum, MD 21060**

Revisado: Marzo de 2014