

# Autorización para divulgar información de salud

Nombre completo del miembro:		Fecha de nacimiento:
N.º de ID del suscriptor o miembro:		
Dirección del miembro:		
Ciudad:	Estado:	Código postal:
<b>Entiendo y acepto que:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Esta autorización es voluntaria;</li><li>• Mi información de salud puede contener información creada por otras personas o entidades, incluidos los proveedores de cuidado de la salud, y puede contener información médica, dental, de farmacia, de la vista, de salud mental, de abuso de sustancias, del virus de inmunodeficiencia humana (VIH) o del síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), de psicoterapia, de reproducción, de enfermedades contagiosas y de programas de cuidado de la salud;</li><li>• No se me podrá denegar tratamiento, pago de servicios para el cuidado de la salud ni inscripción o elegibilidad para beneficios de cuidado de la salud si no firmo este formulario;</li><li>• Mi información de salud puede estar sujeta a una nueva divulgación por parte del receptor y, si el receptor no es un plan de salud o proveedor de cuidado de la salud, la información ya no estará protegida por las normas federales de privacidad;</li><li>• Esta autorización vencerá 1 año después de la fecha en que la firme. Puedo revocar esta autorización en cualquier momento mediante una notificación a UnitedHealthcare por escrito; sin embargo, mi revocación no tendrá efecto en ninguna de las acciones anteriores a la fecha en que la revocación se reciba y procese.</li></ul>		
<b>Quién puede recibir y divulgar mi información</b>		
Autorizo a UnitedHealthcare y a sus compañías afiliadas a recibir mi información de salud individualmente identificable de las siguientes personas u organizaciones o a divulgarla a estas:		
<b>Nombre completo de las personas u organizaciones:</b>		
Dirección completa de las personas u organizaciones:		
<b>Nombre completo de las personas u organizaciones:</b>		
Dirección completa de las personas u organizaciones:		
<b>Nombre completo de las personas u organizaciones:</b>		
Dirección completa de las personas u organizaciones:		
<b>Nombre completo de las personas u organizaciones:</b>		
Dirección completa de las personas u organizaciones:		

**Tipo de información que será divulgada (Elija 1 opción)**

Autorizo la divulgación de toda mi información de salud, incluida la información médica, de farmacia, dental, de la vista, de salud mental, de abuso de sustancias, de VIH/SIDA, de psicoterapia, reproductiva, de enfermedades contagiosas y de programas de cuidado de la salud;

Autorizo solamente la divulgación de la siguiente información: (Tipo de información)

**Propósito de la divulgación (Elija 1)**

Mi información de salud se divulgará a solicitud mía o a solicitud de mi representante personal;

Mi información de salud se divulgará con el siguiente propósito: (Explique el propósito)

Firma del miembro:

Fecha:

Firma del testigo **(Solo para residentes de Illinois)**:

Fecha:

**Tenga en cuenta:** Si usted es un tutor o un representante designado por un tribunal, debe adjuntar una copia de su autorización legal para representar al miembro y llenar lo siguiente:

**Tutor o representante:**

Nombre:

Número de teléfono:

Dirección:

Ciudad:

Estado:

Código postal:

Firma del tutor o representante:

Fecha:

**(Solo para residentes de California y Georgia)** Entiendo que puedo consultar y copiar la información descrita en este formulario si así lo solicito, y que puedo recibir una copia de este formulario después de firmarlo.

**Conserve una copia de este formulario en su archivo personal y devuélvalo a:**

Rocky Mountain Health Plans  
2775 Crossroads Blvd.  
Grand Junction, CO 81506



A UnitedHealthcare Company

PCA-1-24-02172-Clinical-FM\_07112024

© 2024 United HealthCare Services, Inc. Todos los derechos reservados.

