

Autorización para divulgar información de salud

Rocky Mountain Health Plans

Nombre completo del miembro:

Fecha de nacimiento:

N.º de ID de miembro o suscriptor:

Dirección del miembro:

Ciudad:

Estado:

Código postal:

Entiendo y acepto que:

- Esta autorización es voluntaria
- Mi información de salud puede contener información creada por otras personas o entidades, incluidos los proveedores de cuidado de la salud, y también puede contener información médica, dental, de farmacia, de la vista, de salud mental, de abuso de sustancias, del VIH/SIDA, de psicoterapia, de reproducción, de enfermedades contagiosas y de programas de cuidado de la salud
- No me pueden denegar el tratamiento, el pago de servicios para el cuidado de la salud, la inscripción ni los requisitos de participación para beneficios de cuidado de la salud si no firmo este formulario
- 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 ni un proveedor de cuidado de la salud, la información ya no podrá estar protegida por las normas federales de privacidad
- Esta autorización vencerá 1 año después de la fecha en que firme la autorización. Puedo revocar esta autorización en cualquier momento mediante una notificación por escrito a UnitedHealthcare; sin embargo, la revocación no tendrá efecto en ninguna acción realizada antes de la fecha en que se reciba y procese mi revocación.

Quién puede recibir y divulgar mi información

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:

Nombre completo de las personas u organizaciones:

Dirección completa de las personas u organizaciones:

Nombre completo de las personas u organizaciones:

Dirección completa de las personas u organizaciones:

Nombre completo de las personas u organizaciones:

Dirección completa de las personas u organizaciones:

Nombre completo de las personas u organizaciones:

Dirección completa de las personas u organizaciones:



Tipo de información que se divulgará (elija 1 opción)

- Autorizo la divulgación de toda mi información de salud, incluida la información médica, dental, de farmacia, de la vista, de salud mental, de abuso de sustancias, del VIH/SIDA, de psicoterapia, de reproducción, 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 el tutor o el representante designado por un tribunal, debe adjuntar copias 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

