



Por favor envíe este modelo una vez
completado a:
2805 Veterans Memorial Highway
Suite 17
Ronkonkoma, NY 11779
Fax: (877) 817-1008

Autorización para Compartir Información Personal

Por la presente estoy solicitando a Quality Health Plans (QHP) que divulgue mi información personal de salud, incluidos mis registros médicos y mis beneficios, a

(Nombre de la persona autorizada – en letra de imprenta)

Estos registros pueden contener información sobre tratamientos o servicios específicos que he recibido. Estos registros pueden contener información creada por otros.

Este modelo de Autorización para Compartir Información Personal le permite a Quality Health Plans (QHP) debatir o entregar su información personal de salud a la persona que usted seleccione. La Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud (HIPAA) exige que obtengamos su autorización antes de divulgar su información.

SECCIÓN 1: Información del Miembro

Nombre del Miembro (en letra de imprenta)	Número de ID del Miembro
Dirección Permanente (Ciudad, Estado, Código Postal)	
Número de teléfono	

SECCIÓN 2: Información de la Persona Autorizada

Nombre de la Persona Autorizada	
Dirección Permanente (Ciudad, Estado, Código Postal)	
Número de Teléfono	Relación con el Miembro

SECCIÓN 3: Expiración y Revocación

Entiendo que:

- 1) Esta autorización expira el último día de mi condición de miembro del Plan o cuando QHP reciba mi solicitud por escrito de terminar esta autorización.
- 2) Puedo terminar esta autorización en cualquier momento. Debo hacerlo por escrito. Debo enviar mi solicitud por escrito a QHP. Puedo encontrar información sobre cómo comunicarme con el plan en mi Evidencia de Cobertura. Si QHP ya divulgó alguna parte de mi información personal de salud antes de recibir mi solicitud por escrito, dicha solicitud no cancelará ninguna solicitud de información que se haya hecho antes de recibir mi solicitud por escrito.
- 3) Este permiso es voluntario. Puedo rehusarme a firmar este modelo. Si me niego, esto no afectará mis beneficios de salud.
- 4) Una vez que se haya dado información de salud sobre mí, esta podría ser revelada de nuevo y podría no estar protegida por la leyes de privacidad federales.

Nombre del Miembro (en letra de imprenta)

Firma del Miembro

Fecha

Es necesaria la firma de un testigo, solo en caso de que el miembro haya firmado con una "X" debido a limitaciones físicas, no saber leer ni escribir, u otras razones. El testigo debe ser alguien que no sea la persona/entidad que se nombra arriba.

Nombre del Testigo (en letra de imprenta)

Firma del Testigo

Fecha

Información del Representante Personal (Si es Pertinente)

Nombre

Dirección (Ciudad, Estado, Código Postal)

Número de Teléfono

Relación con el Miembro: Poder notarial: _____

Guardián _____ Conservador _____ Otro _____

Firma del Representante

Fecha

Por favor tenga en cuenta que: Esta autorización no le permite a la persona/entidad que se menciona arriba cambiar el plan en que usted está inscrito, representarlo en una apelación, o tomar alguna decisión sobre su tratamiento directo. Si usted desea que alguna persona tome decisiones sobre su atención médica y tratamientos en su nombre, necesitará documentación legal adicional y tendrá que entregar un modelo diferente.

H2773_QHPNY0502S CMS Approved 11152011