



INFORMACIÓN PROTEGIDA SOBRE LA SALUD AUTORIZACIÓN DE DIVULGACIÓN

Este formulario se utiliza para confirmar que se autoriza a ATRIO Health Plans y a las entidades relacionadas a analizar o divulgar su información personal, incluida la Información protegida sobre la salud, a una persona (o personas) en particular que se desempeñe(n) como su(s) Representante(s) autorizado(s).

Este documento está disponible en formatos alternativos para personas con necesidades especiales; comuníquese al número gratuito 1-877-672-8620 (TTY 711) para solicitar este servicio.

Asegúrese de completar ambos lados del formulario y firmar al final de la página 2.

Envíe el formulario completo a ATRIO.

Fax: (541) 672-8670 | **Correo postal:** ATRIO Health Plans, 550 Hawthorne Ave SE, Suite 140, Salem, OR 97301

SECCIÓN 1: INFORMACIÓN DEL MIEMBRO DE ATRIO

Nombre (primer nombre, inicial del segundo nombre y apellido):	Fecha de nacimiento: ___/___/_____	N.º de identificación del miembro:	
Dirección:	Ciudad:	Estado:	Código postal:
Dirección de correo electrónico:	N.º de teléfono particular:	N.º de teléfono celular:	

SECCIÓN 2: TIPO DE SOLICITUD

- Nueva solicitud:** Esta es una solicitud para asignar nuevos Representantes autorizados.
- Reemplazo de una solicitud existente:** Esta solicitud se utiliza para reemplazar a un Representante autorizado previamente aprobado.
- Revocación de una solicitud existente:** Esta solicitud se utiliza para solicitar la rescisión de un Representante autorizado previamente aprobado. Escriba una fecha de vigencia para la rescisión: ___/___/_____

Tenga en cuenta lo siguiente: Los formularios de nuevas solicitudes reemplazarán automáticamente las solicitudes existentes previamente aprobadas.

SECCIÓN 3: AUTORIZACIÓN

Autorizo a ATRIO Health Plans a analizar y divulgar mi información personal a los Representantes autorizados mencionados a continuación a los fines de asistencia, facilitación, inscripción o coordinación de servicios o pago de beneficios de mi plan de salud. Comprendo que tengo derecho a limitar el tipo de información que se puede proporcionar a los Representantes autorizados.

Instrucciones: A continuación, seleccione los elementos que DESEA DIVULGAR a los Representantes autorizados. Tenga en cuenta que si no selecciona ninguna casilla, el formulario se devolverá por estar incompleto.

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Registros médicos | <input type="checkbox"/> Información sobre reclamos |
| <input type="checkbox"/> Registros de salud mental | <input type="checkbox"/> Información sobre autorizaciones anteriores |
| <input type="checkbox"/> Resultados/Pruebas de VIH/SIDA | <input type="checkbox"/> Inscripción, elegibilidad, información sobre beneficios |
| <input type="checkbox"/> Enfermedades contagiosas | <input type="checkbox"/> Información sobre vencimientos de primas y pagos |
| <input type="checkbox"/> Tratamiento por abuso de alcohol/sustancias | <input type="checkbox"/> Otros (especificar): _____ |

Pruebas y resultados genéticos _____

SECCIÓN 4: REPRESENTANTES AUTORIZADOS

1.º Representante autorizado:

Nombre (primer nombre, inicial del segundo nombre y apellido):	Relación (si existe alguna) con el miembro:		
N.º de teléfono particular:	N.º de teléfono celular:		
Dirección:	Ciudad:	Estado:	Código postal:

2.º Representante autorizado:

Nombre (primer nombre, inicial del segundo nombre y apellido):	Relación (si existe alguna) con el miembro:		
N.º de teléfono particular:	N.º de teléfono celular:		
Dirección:	Ciudad:	Estado:	Código postal:

SECCIÓN 5: FIRMA/CONFIRMACIÓN DE AUTORIZACIÓN DEL MIEMBRO

Sus derechos a un uso y/o divulgación autorizada

Lea atentamente la información a continuación

Comprendo que:

- La política general de ATRIO Health Plans es **no** divulgar mi información personal a otras partes, excepto aquellas directamente relacionadas con mi atención médica, sin mi autorización por escrito o según lo permita o requiera la ley.
- Este formulario **no** modificará la manera en que ATRIO Health Plans procesa mis beneficios, pagos, formularios de inscripción o mi elegibilidad para los beneficios.
- Si mi Representante autorizado **no** es un proveedor de atención médica u otra entidad sujeta a las leyes de privacidad federales o estatales aplicables, es posible que esas leyes de privacidad ya no protejan mi información personal, y mi Representante autorizado puede divulgar mi información personal sin mi autorización.
- Comprendo que esta autorización **no** le proporciona autoridad, ya sea implícita o directa, a mi Representante autorizado sobre decisiones relacionadas con tratamientos o atención directa.
- Tengo derecho a **revocar o finalizar** esta autorización en cualquier momento y debo hacerlo por escrito o al enviar un nuevo formulario con información actualizada.
- Si revoco esta autorización, eso **no** afectará las acciones que ATRIO Health Plans o las entidades relacionadas hayan realizado antes de recibir mi notificación de revocación por escrito.
- Puedo solicitar una copia de este formulario firmado.
- Si tengo preguntas sobre este formulario, puedo comunicarme con ATRIO Health Plans al número gratuito **1-877-672-8620** (TTY 711), todos los días de 8 a 20 hs. hora local.

Al firmar este formulario, comprendo y acepto que ATRIO Health Plans, en su nombre y en nombre de sus entidades relacionadas, puede divulgar mi información personal según se menciona arriba a los Representantes autorizados enumerados en este formulario. Tuve la oportunidad de leer y comprender el contenido y los requisitos de esta autorización.

Firma del miembro: _____ Fecha: _____

A menos que se revoque por escrito, esta Autorización permanecerá vigente hasta su vencimiento **dos años a partir de la fecha de la firma o hasta la siguiente fecha:** ____/____/____

NOTA: Si el miembro no puede firmar este formulario, un representante legal puede firmarlo, completarlo y enviarlo en nombre del miembro. Un representante legal es una persona que tiene derecho legal a firmar por el miembro. Adjunte una prueba de que usted es el representante legal del miembro (por ejemplo: documentación de poder notarial).

