

# Autorización para divulgar información médica protegida



Este formulario podrá ser empleado para autorizar a Tufts Health Plan\* a divulgar la información médica protegida de un miembro.

**Todos los campos son obligatorios. Los formularios que estén incompletos o con errores se devolverán a la dirección del miembro que conste en su expediente.**

**Información del miembro:** para la persona que solicita la divulgación de su información (“Miembro”)

Nombre:

Número de identificación:

Dirección particular:

Ciudad, estado, código postal:

Fecha de nacimiento:

Número de teléfono:

**Información del destinatario:** por la presente, el Miembro autoriza a Tufts Health Plan a divulgar su información a la siguiente persona/entidad (“Destinatario”):

Nombre:

Relación con el Miembro:

Dirección particular:

Ciudad, estado, código postal:

Fecha de nacimiento:

Número de teléfono:

Dirección de correo electrónico:

**Información que será divulgada:** por la presente, el Miembro autoriza a Tufts Health Plan a divulgar la siguiente información al Destinatario:

- Toda** la información médica protegida excepto las categorías protegidas (*véase a continuación*)
- Registros específicos (*describa, por ejemplo, resumen de actividad/explicación de beneficios, etc.*):
- Solo la información sobre elegibilidad, beneficios y demografía

**Categorías protegidas:** Tufts Health Plan **NO** divulgará información relacionada con ninguna de las siguientes categorías, a menos que esté específicamente autorizado a hacerlo o a menos que la ley exija lo contrario. El Miembro debe marcar la casilla que aparece junto a cualquiera de las siguientes categorías de información que se divulgará al Destinatario.

- Aborto
- Sida/Complejo relacionado con el sida
- Salud conductual
- Abuso de alcohol y sustancias (incluida la información sobre los servicios proporcionados por los programas para el tratamiento de trastornos por consumo de sustancias con asistencia federal)
- Violencia doméstica
- Pruebas genéticas
- VIH
- Maltrato físico
- Salud reproductiva
- Infecciones de transmisión sexual

## Términos de esta Autorización

1. Tufts Health Plan hace esta divulgación con el propósito de cumplir con la solicitud del Miembro.

\*Para los propósitos de esta Autorización, Tufts Health Plan incluye Harvard Pilgrim Health Care, Inc., Harvard Pilgrim Health Care of New England, Inc., HPHC Insurance Company, Inc., Harvard Pilgrim Group Health Plan, Tufts Associated Health Maintenance Organization, Inc., Tufts Health Public Plans, Inc., Tufts Insurance Company, CarePartners of Connecticut, Inc. y Tufts Associated Health Plans, Inc., y todos sus afiliados actuales y futuros. Esta Autorización también se aplica a los proveedores que actúan en representación de las entidades antes mencionadas.

2. Tufts Health Plan no condicionará el tratamiento, el pago, la inscripción o la elegibilidad para los beneficios a que el Miembro firme esta Autorización.
3. Tufts Health Plan divulgará la información del Miembro de acuerdo con esta Autorización. Una vez que la información se divulga de acuerdo con esta Autorización, ya no está protegida por la Ley de Transferencia y Responsabilidad de Seguro Médico (HIPAA por sus siglas en inglés) y el Destinatario puede volver a divulgarla.
4. El Miembro tiene derecho a recibir una copia de esta Autorización.
5. A menos que se indique aquí, esta Autorización permanecerá en vigor durante dos (2) años a partir de la fecha de la firma en este formulario (o, en el caso de un menor, el día antes de que cumpla 18 años, lo que ocurra primero). Si el Miembro desea una fecha de finalización alternativa, especifíquela aquí: \_\_\_\_\_.
6. El Miembro puede revocar esta Autorización por escrito en cualquier momento antes de su terminación, excepto en la medida en que la información ya haya sido divulgada mientras esta Autorización estaba en vigor.
7. Esta Autorización permite la divulgación de información al Destinatario mencionado anteriormente, pero no permite que el Destinatario acceda a la información del Miembro a través de la cuenta en línea del Miembro.

He leído y entiendo los términos de esta Autorización y por la presente autorizo la divulgación de mi información de la manera descrita anteriormente. Declaro que la siguiente firma es la mía y que estoy legalmente autorizado a firmar este documento.

\_\_\_\_\_  
**Firma del Miembro o representante personal\*\***

\_\_\_\_\_  
**Fecha**

\_\_\_\_\_  
**Nombre en letra de imprenta**

\_\_\_\_\_  
**Relación, si no es el Miembro\*\***

\*\*Esta Autorización solo será válida si está firmada por el Miembro, el padre/madre o el tutor del Miembro si este es menor de edad (a menos que el Miembro tenga entre 12 y 17 años y la autorización incluya información en categorías protegidas) o el representante personal del Miembro (por ejemplo, un poder notarial, un poder de atención médica, etc.). Si usted no es el Miembro, indique su relación con el Miembro antes mencionado y presente una copia de la documentación legal aplicable si es un representante personal (si no se ha proporcionado ya).

**Devuelva el formulario cumplimentado y la documentación legal de respaldo (si corresponde) a:**

<p><b>Por FAX:</b></p> <p>Con atención a: Servicios para Miembros          1-857-304-6343</p>	<p><b>Por CORREO:</b></p> <p>Tufts Health Plan          Con atención a: Servicios para Miembros - Planes públicos          PO Box 524          Canton, MA 02021</p>
---	---

**Si tiene alguna pregunta con respecto a este formulario, comuníquese con un representante de Servicios para Miembros de Tufts Health Plan al 1-888-257-1985 o TTD: 711.**