

Autorización para divulgar información médica protegida



Use este formulario para autorizar a Tufts Health Plan* a usar o divulgar su información médica protegida.
Se requiere completar todos los campos. Los formularios incompletos o incorrectos serán devueltos.

Nombre del miembro:	Ident. del miembro: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Dirección del miembro:	
Ciudad/estado/código postal:	
Fecha de nacimiento del miembro:	Teléfono del miembro:

Por la presente, autorizo a Tufts Health Plan a divulgar la información médica protegida listada más abajo a la siguiente persona o entidad:

Nombre:

Relación con el miembro:	Dirección:
	Ciudad/estado/código postal:

Por favor, especifique qué información desea que sea divulgada al individuo listado más abajo:

<input type="checkbox"/> *Toda mi información médica protegida *(Excepto información sensible)	<input type="checkbox"/> Solamente la información de mis beneficios
<input type="checkbox"/> Solamente la información de mis reclamaciones	<input type="checkbox"/> Otra (por favor, describa):

Información sensible: Si Tufts Health Plan tiene alguno de los siguientes tipos de información, debe marcar el casillero al lado de la categoría antes que podamos divulgar la información:

- Información relacionada con mi diagnóstico, tratamiento o derivación para trastorno del uso de sustancias, incluyendo información recibida a través de reclamos, gestión de atención y/o revisión de la utilización
- Información relacionada con mi diagnóstico y/o tratamiento del VIH/SIDA
- Resultados de pruebas genéticas

Describe el propósito de la divulgación (Sea específico. P. ej., "para asistir en el pago de reclamaciones." O puede escribir, "a mi pedido"):

Esta autorización permanecerá en efecto:

- Por todo el tiempo que sea necesario para completar los propósitos de esta Autorización.
- Desde la fecha de esta Autorización hasta la siguiente fecha: _____
- Hasta que ocurra el siguiente evento:

* Para los propósitos de esta Autorización, Tufts Health Plan se refiere a Tufts Associated Health Maintenance Organization, Inc., Tufts Associated Health Plans, Inc., Total Health Plan, Inc., Tufts Benefit Administrators, Inc., Tufts Insurance Company y Tufts Health Public Plans, Inc. También se refiere a entidades que actúan en nombre de Tufts Health Plan.

Por favor, note:

- Usted tiene el derecho a cancelar esta autorización por escrito en cualquier momento y a enviar su cancelación por escrito a Tufts Health Plan a la dirección listada más abajo. Su cancelación no se aplicará a información que Tufts Health Plan ya haya divulgado en cumplimiento de esta Autorización.
- La información divulgada por Tufts Health Plan de acuerdo a esta solicitud podría ser redivulgada por el beneficiario y podría no estar protegida por las Reglamentaciones de Privacidad de la HIPPA.
- Tufts Health Plan no pondrá como condición de pago, inscripción en el plan de salud o la elegibilidad para recibir beneficios que usted firme esta autorización.
- Si bien este formulario permite la entrega de la información médica protegida a la persona o parte indicada, no permite que dicha persona o parte acceda la información médica protegida del miembro en línea a través del portal del miembro.

Firma:

He leído y entiendo la información anterior. Declaro que la firma que sigue es la mía propia y que tengo la autorización legal para firmar este documento.

Firma del miembro, padre o representante autorizado

Escriba su nombre

Fecha

Relación, si firmó otra persona que no es el miembro: _____

*Si no lo ha hecho, por favor adjunte documentación legal que verifique la representación personal. Requeriremos verificación de la autoridad de un Representante Personal antes de que esta solicitud sea considerada completa.

Por favor, devuelva este formulario completado y la documentación de apoyo:

Envíe este formulario por fax
(y la documentación, si corresponde)
a: 1.857.304.6343

O por correo a:
Tufts Health Plan
Attn: Member Services
P.O. Box 9194
Watertown, MA 02471-9194

Si tiene alguna pregunta sobre este Formulario de Autorización, por favor comuníquese con un representante de Servicios para Miembros de Tufts Health Plan llamando al: **1.855.393.3154** (TTY: 711). Los representantes están disponibles de siete días a semana, de 8 a.m. a 8 p.m.

Nota a quienes reciben información sobre trastorno del uso de sustancias relacionada con esta autorización (si corresponde):

Se ha comunicado esta información de registros protegidos por las normas federales de confidencialidad (42 CFR Parte 2). Las normas federales prohíben cualquier difusión adicional de información en este registro que un paciente tiene o ha tenido un trastorno del uso de sustancias directamente, por mención de información disponible públicamente o por la verificación de esta indicación de otra persona a menos que difusión adicional esté expresamente permitida por el consentimiento escrito de la persona cuya información se ha comunicado o de alguna otra manera permitida por 42 CFR Parte 2. Una autorización general para la entrega de información médica o de otro tipo NO es suficiente para la divulgación adicional de esta información (vea §2.31). Las normas federales restringen cualquier uso de información para investigar o enjuiciar criminalmente a cualquier paciente con un trastorno del uso de sustancias, excepto según §§2.12 (c)(5) y 2.65.