
AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR SU INFORMACIÓN PERSONAL DE SALUD

Usted puede usar este formulario para autorizar a Aspire Health Plan a compartir su información personal de salud con la persona u organización de confianza que elija. Llene, firme y devuelva este formulario a:

Aspire Health Plan
PO Box 5490
Salem, OR 97304

¿Cuánto tiempo dura este permiso? El permiso para compartir sus expedientes seguirá siendo válido por veinticuatro (24) meses a partir de la fecha de mi firma a continuación o hasta el ____ / ____ / ____ (si lo desea, inserte una fecha anterior).

¿Puedo cambiar de opinión y "retirar" este permiso? Puede pedirnos que dejemos de compartir su información en el futuro. Sin embargo, no es posible "recuperar" la información que ya hemos compartido.

¿Cómo revoco el permiso para compartir mi información personal de salud? Debe escribirnos para solicitar que revoquemos su permiso. Asegúrese de firmar y fecharlo. Puede enviar su solicitud por correo o fax. Por favor, conserve una copia para su expediente.

¿Qué sucede con mi información de salud después de que Aspire Health Plan la comparta? No podemos controlar lo que sucede con su información después de que la compartamos con la persona u organización que usted designa en este formulario. En ese momento, es posible que HIPAA o las leyes federales de privacidad federales no protejan su información. Se podría compartir con otros.

Información del miembro (obligatorio)

Primer Nombre del Miembro _____ Apellido del Miembro _____

ID del Miembro _____ Fecha de Nacimiento ____/____/____ Teléfono _____

Estoy permitiendo acceso para divulgar lo siguiente:

- Toda la información personal de servicios médicos (incluye todas las opciones a continuación)
- Información relacionada con la salud Inscripción e información demográfica o cambios
- Información de facturación y reclamos Información relacionada con la salud mental
- Información del Proveedor / Médico de Atención Primaria (PCP)

La información anterior puede divulgarse a la(s) siguiente(s) persona(s):

Nombre de la persona que puede recibir la información anterior	Fecha de nacimiento	RELACIÓN (cónyuge, hijo, etc.)	Número de teléfono

FIRMA DEL MIEMBRO (BENEFICIARIO)	FECHA DE HOY	
CALLE		
CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL

Entiendo que el Plan no puede controlar mi tratamiento, pago, inscripción o elegibilidad a beneficios si acepto firmar esta Autorización. Entiendo que tengo el derecho de revocar esta autorización en cualquier momento enviando una carta a Aspire Health Plan.

Si tiene cualquier pregunta, por favor llame al Departamento de Servicios a Miembros de Aspire Health Plan al (855) 570-1600. Los usuarios de TTY deben llamar al 711. Estamos abiertos de 8 a.m. a 8 p.m. PST de lunes a viernes (excepto días festivos), del 15 de febrero al 14 de octubre, y de 8 a.m. a 8 p.m. PST los siete días de la semana del 15 de octubre al 14 de febrero.

Aspire Health Plan es un plan HMO con un contrato de Medicare. La inscripción al Aspire Health Plan depende de la renovación del contrato.