AUTORIZACIÓN DE USO Y DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD

Usted puede usar este formulario para dar permiso a Aspire Health Plan para acceder a sus beneficios y cobertura, sus reclamos y/o sus facturas y para compartir su información de salud personal con una persona de confianza que seleccione. Favor de llenar, firmar y devolver este formulario:

Aspire Health Plan
PO Box 5490
Salem, OR 97304

¿Puedo usar este formulario para designar a un representante para que presente una solicitud inicial de cobertura, una queja o una apelación? No puede hacerlo. Para presentar una solicitud inicial de cobertura, un reclamo o una apelación, debe completar un formulario de Nombramiento de representante (CMS-1696) por separado.

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

¿Cómo revoco el permiso para compartir mi información personal de salud? Usted debe escribirnos para solicitar que revoquemos su permiso. Asegúrese de firmar y fecharlo. Puede enviar su solicitud por correo o fax. Sírvase conservar una copia para su expediente.

¿Qué sucede con mi información de salud después de que Aspire Health Plan la comparte? No podemos controlar lo que sucede con su información después de compartirla con la persona que usted nombra en este formulario. La persona a la que le da permiso puede "volver a divulgar" esta información y, en algunos casos, esta información no está protegida por la ley de California y tal vez ya no esté protegida por la ley federal de confidencialidad (HIPAA). Sin embargo, la ley de California prohíbe que la persona que recibe su información de salud realice una divulgación adicional a menos que obtenga otra autorización para dicha divulgación o que dicha divulgación sea específicamente requerida o permitida por la ley.

¿Puedo tener una copia de la información que se solicita? Si nos proporciona una solicitud por escrito, puede obtener o inspeccionar una copia de la información de salud que nos solicita que compartamos con la persona que nombra en este formulario.

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 de salud personal (incluye todas las opciones a continuación)

☐ Información relacionada con la salud

☐ Información de facturación y reclamos

☐ Resultados de la prueba de VIH

☐ Información de tratamientos de salud mental

☐ Información y / o cambios del proveedor/médico de atención primaria

☐ Inscripción o información demográfica y / o cambios

☐ Información sobre el tratamiento de alcohol/drogas

La información anterior puede divulgarse a la siguiente persona:

Nombre de la persona que puede recibir información	**RELACIÓN (cónyuge, hijo, etc.)**	**FECHA DE NACIMIENTO:**	**Número de teléfono**	**Dirección**

*Complete un formulario por separado para cada individuo al que desee divulgar su información de salud.

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 dependiendo de que si acepto firmar o no firmar esta Autorización. Entiendo que tengo el derecho de revocar esta autorización en cualquier momento mediante el envío de una carta a Aspire Health Plan. Su revocación entrará en vigencia al recibir esta carta, excepto en la medida en que otros hayan actuado de conformidad con esta Autorización. Esta autorización vencerá al finalizar la inscripción en Aspire Health Plan.

Si tiene cualquier pregunta, por favor llame al Departamento de Servicios para Miembros de Aspire Health Plan al número gratuito (855) 570-1600. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.

El plan de salud Aspire Health Plan cumple con las leyes aplicables de derechos civiles federales y no ejerce discriminación alguna por raza, color, país de origen, edad, discapacidad o género.