

Autorización para Usar y Divulgar Información Médica



Aviso al afiliado:

- Completar este formulario permitirá que Health Net, LLC (i) use su información médica con un propósito en particular, o (ii) comparta su información médica con la persona o la entidad que usted identifique en este formulario.
- No tiene la obligación de firmar este formulario ni de otorgar el permiso para usar o compartir su información médica. Sus servicios y beneficios a través de Health Net no cambiarán si usted no firma este formulario.
- Derecho a cancelar (revocar): Este formulario de autorización/consentimiento está sujeto a revocación en cualquier momento, excepto en la medida en que Health Net u otro titular legal de su información médica que tenga permiso para compartirla ya haya actuado con su consentimiento. Si usted desea cancelar este Formulario de Autorización, llene el Formulario de Revocación en la página 3 y envíelo a la dirección que se indica en la parte inferior de la página.
- Health Net no puede prometer que la persona o grupo con quien usted nos permite compartir su información médica no la compartirá con alguien más.
- Guarde una copia de todos los formularios que nos envíe. Podemos enviarle copias si las necesita.
- Llene este formulario con toda la información solicitada. Cuando haya finalizado, envíelo a la dirección que se indica en la parte inferior de la página 2.

Información sobre el afiliado

Nombre del afiliado (en letra de molde):

Fecha de nacimiento del afiliado: / /

Número de identificación del afiliado:

Otorgo a Health Net el consentimiento para usar mi información médica con el propósito mencionado y para compartir mi información médica con la persona o grupo que se menciona a continuación.

El propósito de la aprobación es:

Permitir que Health Net me ayude con mis beneficios y servicios.

Permitir que Health Net use o comparta mi información médica para _____.

Persona o grupo que recibirá información (agregar personas o grupos adicionales en la página 2)

Nombre (persona o grupo):

Dirección:

Ciudad:

Estado:

Código postal:

Teléfono:

Otorgo mi consentimiento a Health Net para que use o comparta la siguiente información médica:

Toda mi información médica (**Esta incluye:** información, servicios o resultados de pruebas genéticas. También incluye datos y registros sobre el VIH/SIDA, así como datos y registros sobre salud mental [excepto notas de Psicoterapia]. La información médica también incluye datos y registros sobre medicamentos que requieren receta médica, así como datos y registros sobre el consumo de drogas y alcohol): **O bien**

Toda mi información médica EXCEPTO (marque todas las casillas que correspondan):

Información, servicios o pruebas genéticas

Datos y registros sobre salud mental (excepto notas de psicoterapia)

Datos y registros sobre el VIH/SIDA

Datos y registros sobre medicamentos que requieren receta médica

Datos y registros sobre el consumo de drogas y alcohol

Otros: _____

Vencimiento de la autorización

Esta autorización vencerá el / / (mm/dd/aa). Tendrá validez durante un máximo de un año. Si no se proporciona una fecha, vencerá dentro del plazo de un año de la fecha que se especifica a continuación.

Firma del afiliado (el afiliado o el representante legal deben firmar aquí):	Fecha: / /
--	--------------------

Si usted está firmando en nombre del afiliado, describa cómo conoce al afiliado a continuación. Si es Representante Personal del afiliado, descríballo a continuación y envíenos copias de esos formularios (p. ej., poder legal u orden de tutela).

Otra/s persona/s o entidad/es que recibirá/n información

Nota: Si usted está otorgando su consentimiento para divulgar cualquier registro sobre trastornos por abuso de sustancias a un destinatario que no es un pagador externo ni un proveedor de atención de salud, un centro o un programa donde usted recibe servicios de parte de un proveedor tratante, como un mercado de seguros de salud o una institución de investigación (de aquí en adelante, "entidad destinataria"), usted debe especificar el nombre de una persona con quien, o la entidad donde, usted recibe servicios de parte de un proveedor tratante de esa entidad destinataria, o bien, simplemente debe indicar que sus registros sobre trastornos por abuso de sustancias pueden divulgarse a sus proveedores tratantes actuales y futuros de esa entidad destinataria.

Nombre (persona o entidad):

Dirección:

Ciudad:	Estado:	Código postal:	Teléfono:
---------	---------	----------------	-----------

Nombre (persona o entidad):

Dirección:

Ciudad:	Estado:	Código postal:	Teléfono:
---------	---------	----------------	-----------

Nombre (persona o entidad):

Dirección:

Ciudad:	Estado:	Código postal:	Teléfono:
---------	---------	----------------	-----------

Envíe el formulario completado por correo a:

Health Net Eligibility Department, P.O. Box 10420, Van Nuys, CA 91499-6208

Teléfono: 800-275-4737, Fax: 844-222-3180

Health Net Community Solutions, Inc. es una subsidiaria de Health Net, LLC y Centene Corporation. Health Net es una marca de servicio registrada de Health Net, LLC. Todos los derechos reservados.

FRM207452SH01w (5/21)

Revocación de la Autorización para Usar y/o Divulgar Información Médica



Deseo cancelar, o revocar, el consentimiento que otorgué a Health Net para usar mi información médica con un propósito determinado y el consentimiento que otorgué para compartir mi información médica con una persona o grupo.

Persona o grupo que recibió la información			
Nombre (persona o grupo):			
Dirección:			
Ciudad:	Estado:	Código postal:	Teléfono:
Fecha en que se firmó la autorización (si se conoce): / /			
Información sobre el afiliado			
Nombre del afiliado (en letra de molde):			
Fecha de nacimiento del afiliado: / /		N.º de Id. del afiliado:	
<p>Entiendo que mi información médica ya pudo haber sido usada o compartida debido al consentimiento que otorgué antes (incluyendo, según fuera necesario, mis registros sobre trastornos por abuso de sustancias). También sé que esta cancelación solo se aplica al consentimiento que otorgué para usar mi información médica con un propósito determinado o al consentimiento para compartir mi información médica con una persona o grupo. No cancela ningún otro formulario de aprobación que haya firmado para que la información médica:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Se use con otro propósito. 2. Se comparta con otra persona o grupo. 			
Firma del afiliado (el afiliado o el representante legal deben firmar aquí):		Fecha:	
<p>Si usted está firmando en nombre del afiliado, describa cómo conoce al afiliado a continuación. Si es representante personal del afiliado, descríballo a continuación. Y envíenos copias de esos formularios (p. ej., poder legal u orden de tutela).</p>			

Health Net dejará de usar o compartir su información médica cuando recibamos y procesemos este formulario. Use la dirección postal que se indica a continuación. También puede llamar al número que se indica a continuación para obtener ayuda.

Health Net Eligibility Department
P.O. Box 10420, Van Nuys, CA 91499-6208
Teléfono: 800-275-4737, Fax: 844-222-3180

Health Net Community Solutions, Inc. es una subsidiaria de Health Net, LLC y Centene Corporation. Health Net es una marca de servicio registrada de Health Net, LLC. Todos los derechos reservados.