



## Formulario de autorización del miembro para divulgar información

Estimado/a miembro:

El formulario adjunto se utiliza para obtener la autorización del miembro cuya información se divulgará, o de su representante personal, para divulgar la información del miembro a una persona u organización no autorizada de otro modo para recibirla.

Este formulario también se utiliza para recibir la autorización del miembro para usar o divulgar las notas de psicoterapia o para divulgar su información relacionada con el VIH, la salud mental o el abuso de sustancias.

CORRESPONDENCE UNIT • CAPITAL BLUE CROSS • PO BOX 779519 • HARRISBURG, PA 17177-9519

**CapitalBlueCross.com**

FAX:717.651.8731

# Instrucciones para completar el Formulario de autorización del miembro para divulgar información



Este formulario se utiliza para obtener la autorización del miembro o de su representante personal para divulgar la información del miembro a una persona u organización no autorizada de otro modo para recibirla. Este formulario también se utiliza para recibir la autorización del miembro para usar o divulgar las notas de psicoterapia o para divulgar su información relacionada con el VIH, la salud mental o el abuso de sustancias. Este formulario solo puede ser firmado por el miembro o su "representante personal" (consulte la definición de representante personal a continuación).

## USE LETRA DE IMPRENTA (MOLDE)

**Información del miembro:** Complete toda la información solicitada en esta sección para el miembro cuya información se divulgará.

**Importante:** Se requieren el nombre, la dirección, el número de identificación y la fecha de nacimiento.

- **Número de identificación:** Indique el número de identificación que aparece en el frente de la tarjeta de identificación de Capital Blue Cross del miembro. Si el miembro tiene cobertura de Capital Blue Cross con más de un número de identificación, se debe completar un Formulario de autorización del miembro por separado para cada número de identificación cuando corresponda una autorización.

**Autorización:** Consta de dos secciones.

**Sección I:** La primera sección siempre debe completarse. Debe identificar a las personas u organizaciones que recibirán la información. Describa la información de la forma más específica posible. Si necesita más espacio para describir la información, use el reverso del formulario. A continuación, describa por qué se divulga esta información o marque "Esta información se divulga a solicitud del miembro (o de su representante personal)". Si no se indica ningún propósito de divulgación, Capital Blue Cross asumirá que esta información se divulga a solicitud del miembro (o de su representante personal).

**Sección II:** La segunda sección debe completarse solo si la información que se usará o divulgará incluye notas de psicoterapia, o si la divulgación involucra información sobre VIH, salud mental o abuso de sustancias.

Si esta autorización se utiliza en relación con notas de psicoterapia, únicamente podrá utilizarse para ese propósito específico, y no podrá usarse para ningún otro fin.

Las notas de psicoterapia se definen en la Norma de privacidad de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud (Health Insurance Portability and Accountability, HIPAA) de la siguiente manera:

*Notas realizadas por un profesional de salud mental que documenten o analicen el contenido de las conversaciones durante las sesiones de terapia, que se mantienen separadas del resto de los registros médicos del miembro y **excluyen** medicinas, medicamentos recetados, supervisión, horarios de inicio y finalización de la sesiones de terapia, modalidades y frecuencias de tratamiento, resultados de pruebas clínicas, diagnóstico, estado funcional, plan de tratamiento, síntomas, pronóstico o resumen de progreso.*

**Vencimiento y revocación:** Para que una autorización sea válida, se debe completar la información de vencimiento. Marque una de las tres casillas proporcionadas para indicar cuándo desea que venza esta autorización. Si marca la casilla "fecha específica", deberá escribir una fecha específica. Si no se marca ninguna casilla de vencimiento, este formulario vencerá 60 meses después de la finalización de la inscripción en Capital Blue Cross.

Para revocar este formulario de autorización, comuníquese con el número de Servicio al Cliente que figura en su tarjeta de identificación.

**Información del representante personal:** El representante personal es el tutor legal del miembro, alguien que tiene un poder notarial para tomar decisiones de atención de la salud por el miembro, o un padre, si el miembro es un hijo dependiente menor de 18 años y no está emancipado. Además, un representante personal puede ser un albacea, un administrador o una persona legalmente autorizada para actuar en nombre de un miembro fallecido o los bienes del miembro. Con la excepción del caso de un padre que actúa en nombre de un hijo dependiente menor de 18 años que no está emancipado, requerimos una copia del poder notarial u otro documento judicial como prueba de que la persona nombrada debe ser reconocida como representante personal del miembro. Para que se procese este formulario, es importante que incluya una copia de cualquier poder notarial aplicable u otro documento judicial cuando envíe este formulario a Capital Blue Cross.

**Firma/Fecha:** El miembro cuya información se divulgará o su representante personal deben escribir su nombre en letra de imprenta, firmar y fechar este formulario para que sea procesado.

**A menos que se indique lo contrario, envíe este formulario completado y firmado a:**

Correspondence Unit  
Capital Blue Cross  
PO Box 779519  
Harrisburg, PA 17177-9519  
Fax: 717.651.8731

# Formulario de autorización del miembro para divulgar información



Este formulario se utiliza para obtener la autorización del miembro para divulgar su información. Este formulario también puede utilizarse para solicitar el uso de las notas de psicoterapia de un miembro. **Este formulario solo puede ser firmado por el miembro cuya información se divulgará o por su "representante personal"** (consulte "Instrucciones para completar el Formulario de autorización del miembro" para obtener una definición de "representante personal").

## Información del miembro: (Nombre del miembro cuya información se divulgará)

<b>Nombre:</b> (Primer nombre, inicial del segundo nombre, apellido, sufijo {Sr., Jr., III.})	<b>Fecha de nacimiento:</b> (Mes/Día/Año)
<b>Dirección:</b> (incluido el código postal)	<b>Número de teléfono:</b> (incluido el código de área) (opcional)
<b>Número de identificación:</b> (Como figura en la tarjeta de identificación de Capital Blue Cross del miembro)	

**Autorización:** Se debe completar la Sección I para todas las autorizaciones. La Sección II únicamente debe completarse si se debe divulgar información del miembro relacionada con VIH/SIDA, salud mental o abuso de sustancias, o si se usan o divulgan notas de psicoterapia.

**Sección I:** (Marque todas las casillas correspondientes).

**Autorizo a Capital Blue Cross y a sus afiliadas a divulgar la información médica protegida de la persona mencionada anteriormente a:**

Nombre \_\_\_\_\_ Número de teléfono \_\_\_\_\_  
Dirección \_\_\_\_\_

(Debe incluir el nombre, la dirección y el número de teléfono de las personas u organizaciones que recibirán la información del miembro. Si se autorizan personas u organizaciones adicionales, indique el nombre, la dirección y el número de teléfono en el reverso de este formulario).

**Descripción de la información que se divulgará:** (Si necesita más espacio para describir la información, use el reverso de este formulario).

Todas las reclamaciones y apelaciones  Facturación/inscripción  
 Reclamaciones específicas: (especifique fechas de servicio, números de reclamación, etc.)  Otra: (especifique) \_\_\_\_\_

**Propósito de la divulgación:** (Describa el motivo por el cual se necesita esta información o marque (✓) lo siguiente)

Esta información se divulga a solicitud del miembro (o de su representante personal).

Si no se indica ningún propósito de divulgación, Capital Blue Cross asumirá que esta información se divulga a solicitud del miembro (o de su representante personal).

**Sección II:** Comprendo que se necesita mi autorización específica para divulgar mi información relacionada con los elementos que se enumeran a continuación. Al colocar mis iniciales, autorizo la divulgación de la información pertinente a mi caso:

<b>VIH/SIDA</b> _____ (Iniciales)	<b>Salud mental</b> _____ (Iniciales)
<b>Abuso de sustancias</b> _____ (Iniciales)	<b>Notas de psicoterapia</b> _____ (Iniciales)

(consulte "Instrucciones para completar el Formulario de autorización del miembro" para obtener una descripción de las notas de psicoterapia).

**Vencimiento y revocación:** Se debe marcar una de las siguientes casillas de vencimiento (✓).

**Vencimiento:** Esta autorización vencerá el: (Seleccione una opción)

Esta fecha específica \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  Finalización de la inscripción en Capital Blue Cross  
 60 meses después de la finalización de la inscripción en Capital Blue Cross

(Tenga en cuenta que, incluso si se proporciona una fecha específica, esta autorización vencerá a más tardar 60 meses después de la finalización de la inscripción en Capital Blue Cross).

Si no se marca ninguna casilla de vencimiento, este formulario vencerá 60 meses después de la finalización de la inscripción en Capital Blue Cross.

**Derecho de revocación:** Puede revocar este formulario de autorización en cualquier momento. Comuníquese con el Servicio al Cliente de Capital Blue Cross para obtener más instrucciones. Su revocación de esta autorización no afectará ninguna medida que tomemos antes de recibir su notificación de revocación.

**Información del representante personal:** Complete esta sección si un representante personal autoriza la divulgación de la información del miembro. Consulte "Instrucciones para completar el Formulario de autorización del miembro" para obtener información e instrucciones sobre representantes personales. Se requerirá una copia de un poder notarial u otro documento judicial, si corresponde.

<b>Nombre:</b> (Primer nombre, inicial del segundo nombre, apellido, sufijo {Sr., Jr., III.})	<b>Relación con el miembro:</b>
<b>Dirección:</b> (incluido el código postal)	<b>Número de teléfono:</b> (incluido el código de área)

**Firma/Fecha:** El miembro cuya información se divulgará o su representante personal deben escribir su nombre en letra de imprenta, firmar y fechar este formulario para que sea procesado.

Comprendo la naturaleza de esta divulgación. También entiendo que, si la persona u organización que autorizo a recibir la información descrita anteriormente no está sujeta a las leyes federales de privacidad de la información médica, podrán divulgar la información médica protegida y es posible que esta ya no esté protegida por las leyes federales de privacidad de la información médica. Comprendo que autorizar el uso y la divulgación de mi información no es un requisito para la inscripción en este plan de salud, la elegibilidad para los beneficios ni el pago de reclamaciones.

**Nombre en letra de imprenta (molde):** \_\_\_\_\_

**Firma:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

Marque (✓) esta casilla si desea recibir una copia de este formulario.

**A menos que se indique lo contrario, envíe este formulario completado y firmado a:**

**Correspondence Unit  
Capital Blue Cross  
PO Box 779519  
Harrisburg, PA 17177-9519  
Fax: 717.651.8731**