

Autorización para utilizar y divulgar información de salud



Notice to Member:

- Completing this form will allow Delaware First Health to (i) use your health information for a particular purpose, and/or (ii) share your health information with the individual or entity that you identify on this form.
- You do not have to give permission to use or share your health information. Your services and benefits with Delaware First Health will not change if you do not submit this form.
- If you want to cancel this authorization form, send us a written request to revoke it at the address on the bottom of this page. A revocation form can be provided to you by calling Member Services at the phone number on the back of your member ID card.
- Delaware First Health cannot promise that the person or group you allow us to share your health information with will not share it with someone else.
- Keep a copy of all completed forms that you send to us. We can send you copies if you need them.
- If you need help, contact Member Services at the phone number on the back of your member ID card.
- Fill in all the information on this form. When finished, mail the form and any supporting documentation to
Delaware First Health
ATTN: Compliance/Privacy Department
750 Prides Crossing, Suite 200
Newark, DE 19713

Aviso para el miembro:

- Al completar este formulario, autoriza a Delaware First Health (i) a utilizar su información de salud para un propósito en particular o (ii) a compartir su información de salud con la persona o entidad que indica en este formulario.
- No tiene la obligación de autorizar el uso o la divulgación de su información de salud. Los servicios y beneficios que recibe de Delaware First Health no cambiarán si decide no enviar este formulario.
- Si desea cancelar la autorización otorgada en este formulario, envíenos una solicitud por escrito para revocarla a la dirección que se indica al final de esta página. Pueden proporcionarle un formulario de revocación si llama a Servicios al Miembro al número de teléfono que aparece al dorso de su tarjeta de identificación (ID) de miembro.
- Delaware First Health no puede garantizar que la persona o el grupo con quien nos permite compartir su información de salud no la divulguen a otra persona.
- Guarde una copia de todos los formularios completos que nos envía. Podemos enviarle copias si las necesita.
- Si necesita ayuda, comuníquese con Servicios al Miembro al número de teléfono que aparece al dorso de su tarjeta de identificación (ID) de miembro.
- Complete toda la información solicitada en este formulario. Cuando termine, envíe el formulario y cualquier documentación de respaldo por correo a
Delaware First Health
ATTN: Compliance/Privacy Department
750 Prides Crossing, Suite 200
Newark, DE 19713

DelawareFirstHealth.com

**LEA ATENTAMENTE LAS INSTRUCCIONES Y COMPLETE EL SIGUIENTE FORMULARIO.
NO SE ACEPTAN FORMULARIOS INCOMPLETOS.**

1 INFORMACIÓN DEL MIEMBRO:

Nombre del miembro (*en letra de imprenta*): _____

Fecha de nacimiento del miembro: _____ Número de identificación (ID) del miembro: _____

2 AUTORIZO A DELAWARE FIRST HEALTH A UTILIZAR MI INFORMACIÓN DE SALUD CON EL PROPÓSITO QUE SE INDICA O A COMPARTIRLA CON LA PERSONA O EL GRUPO QUE SE MENCIONA A CONTINUACIÓN. EL PROPÓSITO DE LA AUTORIZACIÓN ES (*marque una de las opciones*):

permitir que Delaware First Health me ayude con mis beneficios y servicios, **O BIEN**

permitir que Delaware First Health utilice o comparta mi información de salud para _____.

3 PERSONA O GRUPO QUE RECIBIRÁ INFORMACIÓN (*agregue otras personas o grupos en la siguiente página*):

Nombre (persona o grupo): _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____ Teléfono: _____

4 AUTORIZO A DELAWARE FIRST HEALTH A UTILIZAR O COMPARTIR LA SIGUIENTE INFORMACIÓN DE SALUD (*NOTA: Seleccione el primer enunciado para divulgar TODA la información de salud o seleccione el segundo enunciado para divulgar solo una PARTE de la información de salud. NO se pueden seleccionar ambos*).

Toda mi información de salud, INCLUIDO LO SIGUIENTE: Información o servicios genéticos o resultados de pruebas genéticas; registros e información sobre HIV/sida; registros e información sobre salud mental (excepto notas de psicoterapia); registros e información sobre medicamentos recetados; y registros e información sobre consumo de drogas y alcohol (especifique cualquier información sobre trastornos por consumo de sustancias que pueda divulgarse). _____

O

Toda mi información de salud, EXCEPTO LO SIGUIENTE (*marque solo las casillas que correspondan*):

Información, pruebas o servicios genéticos.

Registros e información sobre sida o HIV.

Registros e información sobre salud mental (excepto notas de psicoterapia).

Registros e información sobre consumo de drogas y alcohol.

Registros e información sobre medicamentos recetados.

Otra: _____.

5 ESTA AUTORIZACIÓN PIERDE VIGENCIA EN LA SIGUIENTE FECHA/EVENTO: _____ *Fecha en la que pierde vigencia esta autorización, a menos que se cancele. Si no se completa este campo, la autorización expira después de un año a partir de la fecha en que se firma, la cual se indica a continuación.*

6 FIRMA DEL MIEMBRO O REPRESENTANTE LEGAL: _____

FECHA: _____

SI FIRMA EL REPRESENTANTE LEGAL, indicar la relación con el miembro: _____

*Si es el representante legal o personal del miembro, **debe enviarnos copias de los formularios pertinentes, como poder legal u orden de tutela.***

**COMPLETE Y ENVÍE POR CORREO EL FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN Y CUALQUIER DOCUMENTACIÓN DE RESPALDO A LA SIGUIENTE DIRECCIÓN
Delaware First Health, ATTN: COMPLIANCE/PRIVACY DEPARTMENT
750 Prides Crossing, Suite 200, Newark, DE 19713**

PERSONAS O GRUPOS ADICIONALES QUE RECIBIRÁN INFORMACIÓN:

NOTA: Si otorga su consentimiento para divulgar registros sobre trastornos por consumo de sustancias a un receptor que no sea un tercero responsable de los pagos ni un proveedor de atención de salud, centro o programa en el que recibe servicios de un proveedor tratante, como un mercado de seguros de salud o un centro de investigación (en adelante, "entidad receptora"), debe especificar el nombre de la persona de quien recibe servicios o la entidad en la que un proveedor tratante le brinda servicios en esa entidad receptora, o simplemente indicar que sus registros sobre trastornos por consumo de sustancias pueden divulgarse a sus proveedores tratantes actuales y futuros en esa entidad receptora.

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: _____

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: _____

Nombre (persona o entidad): _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____ Teléfono: _____

Nombre (persona o entidad): _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____ Teléfono: _____