

## Autorización para divulgar información de salud

### Aviso al miembro:

- Si llena este formulario permitirá que **Ambetter de Magnolia Health** divulgue su información de salud a la persona o al grupo que usted identifique abajo.
- No tiene que firmar este formulario ni dar permiso para divulgar su información de salud. Sus servicios y beneficios con **Ambetter de Magnolia Health** no cambiarán si usted no firma este formulario.
- Derecho a cancelar (revocar): Cuando quiera cancelar este Formulario de autorización, llene el Formulario de revocación en la página siguiente y envíenoslo a la dirección que está al final de la página.
- **Ambetter de Magnolia Health** no puede prometer que la persona o el grupo a quien usted quiere divulgar su información de salud no la divulgará a alguien más.
- Mantenga una copia de todos los formularios completados que nos envíe. **Ambetter de Magnolia Health** le puede enviar copias si las necesita.
- Llene toda la información en este formulario. Cuando termine, envíelo a la dirección que está al final de la página.

### Información del miembro:

Nombre del miembro (letra de imprenta): \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento del miembro: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Número de identificación del miembro: \_\_\_\_\_

**Doy permiso a Ambetter de Magnolia Health para que divulgue mi información de salud a la persona o al grupo (receptor) que se indica abajo. El propósito de la autorización es ayudarme con mis beneficios y servicios de Ambetter de Magnolia Health.**

### Información del receptor:

Nombre (persona o grupo): \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_ Teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

### Ambetter de Magnolia Health puede divulgar esta información de salud: (marque todas las que correspondan)

- Toda mi PHI; **O**
- Toda mi PHI **EXCEPTO:**
- Información sobre medicamentos/fármacos recetados
  - Información sobre el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) o el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)
  - Información sobre tratamiento para el abuso de alcohol o sustancias
  - Servicios de salud del comportamiento o información sobre atención psiquiátrica
  - Otro: \_\_\_\_\_

**Fecha de finalización de la autorización:** \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ (fecha en que la autorización termina a menos que se cancele)

**Firma del miembro:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

(El miembro o representante legal firma aquí)

Si firma por el miembro, describa su relación más abajo. Si es el representante personal del miembro, describa esto abajo y envíenos copias de esos formularios (como por ejemplo poder notarial u orden judicial de custodia legal).

## **Revocación de autorización para divulgar información de salud**

(Guarde este formulario y úselo cuando quiera cancelar su autorización)

Quiero cancelar, o revocar, el permiso que otorgué a **Ambetter de Magnolia Health** para divulgar mi información de salud a esta persona o grupo:

### **Información del receptor:**

Nombre (persona o grupo): \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_ Teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Fecha en que se firmó la autorización (si se conoce): \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

### **Información del miembro:**

Nombre del miembro (letra de imprenta): \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento del miembro: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Número de identificación del miembro: \_\_\_\_\_

**Entiendo que mi información de salud ya se puede haber divulgado debido al permiso que di antes. Además entiendo que esta cancelación solo se aplica al permiso que di para divulgar mi información de salud a esta persona o grupo. No cancela otros formularios de autorización que firmé para que se divulgue mi información de salud a otra persona o grupo.**

**Firma del miembro:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

(El miembro o representante legal firma aquí)

Si firma por el miembro, describa su relación más abajo. Si es el representante personal del miembro, describa esto abajo y envíenos copias de esos formularios (como por ejemplo poder notarial u orden de custodia legal).

\_\_\_\_\_  
**Ambetter de Magnolia Health** dejará de divulgar su información de salud cuando recibamos este formulario. Utilice la dirección de correo de abajo. Además, puede llamar para pedir ayuda al número de abajo.