

Instrucciones para completar este formulario:

Si usted tiene un poder legal médico o poder legal de cuidado médico (POA por sus siglas en inglés) u otros documentos legales que autorizan a un representante a tener acceso a sus registros médicos, usted puede proporcionar el POA o documentos legales y no necesita completar el formulario.

PROPÓSITO

El presente formulario de autorización para divulgar información se usa cuando usted (el veterano o paciente) desea dar a otra persona u organización el acceso a su información médica protegida (PHI por sus siglas en inglés). Su PHI está protegida por la Ley de privacidad, el Acta de portabilidad y protección de la información de salud (HIPAA por sus siglas en inglés), las leyes estatales y las políticas y procedimientos de TriWest.

INFORMACIÓN SOBRE LA PERSONA U ORGANIZACIÓN

La información que usted proporciona en la segunda sección del presente formulario le informa a TriWest Healthcare Alliance Corp. ("TriWest") a cuál persona u organización desea usted que divulguemos su PHI. La ley de HIPAA permite a que TriWest divulga su PHI a cualquier proveedor, incluso el Departamento de Asuntos de Veteranos (VA) que participe en su atención médica; por lo cual, **usted no necesita proporcionar el presente formulario para que TriWest comparta su PHI con él VA o un proveedor que participe en su atención médica.**

INFORMACIÓN PARA DIVULGAR

En esta sección del formulario, usted nos dice cuál información le permite a TriWest a divulgar a la persona u organización que se ha enumerado anterior. Usted puede optar por divulgar su PHI completa mantenida por TriWest o, en una descripción escrita, puede especificar la información que desea divulgar al individuo u organización designado.

VENCIMIENTO

Si usted no selecciona uno de los períodos de opciones estándar o escribe una fecha en el espacio proporcionado, la presente autorización para revelar información permanecerá en vigor durante un (1) año a partir de la fecha en que se firme el formulario.

ACUERDO

Se describen sus derechos con respecto al presente formulario de autorización para revelar información en la sección del formulario enumerada "Acuerdo". Por favor, léala detalladamente. Se le exige firmar el documento en el espacio enumerado "Firma". Si usted no puede firmar el documento, consulte el siguiente párrafo con respecto a los representantes personales.

REPRESENTANTE PERSONAL

Si usted es un representante personal que firma el presente formulario de autorización para divulgar información en nombre del veterano, debe incluir adjunto una copia del Poder legal médico o de atención médica u otra documentación legal que lo nombra representante personal. Véase la nota sobre POA antes de la declaración de propósito anterior.

Favor de **enviar por fax** a (866) 266-9820

o

Envíe por correo el formulario completado y firmado a la siguiente dirección:
(no es necesario enviar esta página de instrucciones a TriWest)

Privacy Official
TriWest Healthcare Alliance
P.O. Box 42049
Phoenix, AZ 85080-2049

Declaración de la Ley de Privacidad - Esta información está protegida bajo la Ley de Privacidad de 1974 y se tratará "sólo para uso oficial." Las violaciones pueden ser punibles con multas, penas de prisión o ambos.

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN



Favor de usar tinta azul o negra para llenar este formulario

Envíe por fax al (866) 266-9820 o por correo postal a la dirección enumerada en la página de instrucciones.

Nombre del **Veterano** (primer/segundo/apellidos) _____

Teléfono de contacto para el **Veterano** (_____) _____

Número de membresía del **Veterano** _____, o SSN del **Veterano** _____

¿A quién le autoriza recibir la divulgación de su PHI de TriWest? (Lo más probable es que sea un miembro de la familia o un amigo.) Según la ley de HIPAA, TriWest NO necesita autorización para compartir su PHI con un proveedor que participe en su atención médica.

Por la presente, yo, (el suscrito Veterano) autorizo a TriWest y a sus asociados comerciales a divulgar mi PHI a:

Nombre de la persona _____

Relación al Veterano _____

Dirección _____

Ciudad/Pueblo _____ Estado _____ Código postal _____ Teléfono de contacto (____) _____

Información para divulgar (marque todo lo que corresponda)

– si no se marca casilla, no se incluirá ningún historial de salud mental)

Información sobre salud mental o abuso de sustancias

Información médica y de reclamaciones

Programación de citas

Otro (por favor especifique): _____

(no incluye apuntes de psicoterapia)

Fecha de vencimiento de la presente autorización (marque sólo una casilla a continuación):

1 año a partir de la fecha de la firma en el presente (por defecto si no se selecciona ninguna opción.)

Cincuenta (50) años a partir de la fecha de la firma en el presente

Otra fecha (mm/dd/aaaa): _____ / _____ / _____ (no puede exceder los 50 años a partir de la fecha de la firma.)

Acuerdo: El que suscribe declara “entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento mediante el envío de dicha revocación por escrito a TriWest, excepto en la instancia en que ya se hayan tomado medidas en relación con esta autorización o que la ley aplicable requiera su divulgación. Entiendo que mi PHI puede estar sujeta a la nueva divulgación por el destinatario mencionado anteriormente según sus políticas y prácticas y que mi PHI puede dejar de estar protegida por HIPAA.

Además, entiendo que TriWest no condiciona el tratamiento, el pago, la inscripción o la elegibilidad para los beneficios a base de que yo firme esta autorización y que tengo derecho a retener una copia de el presente para mis registros”.

Firma del Veterano/a (si no puede firmar, véase la siguiente sección) _____

Fecha _____

El veterano no es capaz de firmar el presente formulario. Soy el/la Representante Personal del veterano y **he incluido uno de los siguientes documentos, lo cual me autoriza a firmar el presente y a tener acceso a los registros médicos del veterano.**

- **Poder Legal Médico o Poder Legal de Atención Médica (POA)**
- **Directivas médicas anticipadas**
- **Documentos judiciales de tutela o de curatela**
- **Otros documentos legales**

Firma del Representante Personal del veterano _____

Nombre en letra de molde del Representante Personal del veterano _____

Fecha _____