

{MergeDateTime}

{MEM_FIRST_NAME} {MEM_MID_INIT} {MEM_LAST_NAME} {MEM_TITLE}
{MEM_ADDR1}
{MEM_ADDR2}
{MEM_ADDR3}
{MEM_CITY} {MEM_STATE} {MEM_ZIP}

N.º de ID del miembro: {Sub_ID} {Mem_Sfx} Nombre del grupo: {Group_Name}

Estimado/a {Mem_First_Name} {Mem_Mid_Init} {Mem_Last_Name}:

Adjuntamos el formulario de autorización del miembro. Complete el formulario en su totalidad, firmelo y devuélvalo a Providence Medicare Advantage Plans.

Requisitos para la divulgación de información del miembro

Providence Medicare Advantage Plans se compromete a proteger la privacidad de nuestros miembros. Puede haber situaciones en las que un ser querido necesita ayudar en las decisiones sobre el seguro de salud, los arreglos económicos, la elección de médico de cabecera y otros asuntos de un miembro. Estas situaciones son típicamente el resultado de un problema de salud o del deterioro del estado mental de un miembro. Para atender mejor a las necesidades de nuestros miembros de Providence Medicare Advantage Plans y de sus familias, le informamos nuestra política relacionada con la divulgación de la información del miembro.

Providence Medicare Advantage Plans no divulgará información del miembro a familiares y amigos sin tener uno (o más) de los siguientes formularios activos en el archivo:

- ☐ Una copia de los documentos legales que indiquen un tutor legal o curador designado por el tribunal.
- ☐ Un poder de representación para la atención médica e instrucciones para los médicos.
- ☐ Formulario de autorización del miembro (adjunto).
- ☐ Una copia de un poder de representación general (con indicaciones específicas que permitan que el designado haga cambios u obtenga información).

Debido a las variaciones en el contenido, los documentos anteriores no garantizan que sus seres queridos tengan el mismo acceso a la información y facultad de toma de decisiones que el miembro o tutor legal del miembro.

Puede enviar el formulario de autorización del miembro a Providence Medicare Advantage Plans a:

Providence Medicare Advantage Plans
PO Box 5548
Portland Oregon 97228-5548

Puede enviar su formulario de autorización del miembro por fax al 503-574-8608 o puede entregarlo personalmente a la siguiente dirección (*si lo envía por correo, use únicamente la dirección del apartado de correos indicada anteriormente*):

Providence Medicare Advantage Plans
3601 SW Murray Blvd. #10
Beaverton Oregon 97005-2359

Recuerde: El formulario adjunto se debe completar, firmar y fechar.

Si tiene otras preguntas o inquietudes, puede comunicarse con el equipo de Servicio al Cliente de Providence Medicare Advantage Plans al 503-574-8000 o al 1-800-603-2340. Si tiene una discapacidad auditiva y usa un dispositivo de telecomunicación (TTY), comuníquese con nuestra línea de TTY al 711. El Servicio al Cliente está disponible para responder preguntas los 7 días de la semana de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (hora del Pacífico).

Gracias,

Providence Medicare Advantage Plans

FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN DEL MIEMBRO

By completing the Member Authorization form, you are telling Providence Medicare Advantage Plans that you chose the named person in Part B below and this form allows Providence Medicare Advantage Plans to disclose your Protected Health Information (PHI) and Personally Identifiable Information (PII) to the person you choose.

Al completar el formulario de autorización del miembro, le está indicando a Providence Medicare Advantage Plans que eligió a la persona que se nombra en la Parte B a continuación y este formulario autoriza a Providence Medicare Advantage Plans a divulgar su información de salud protegida (*protected health information*, PHI) y su información personalmente identificable (*personally identifiable information*, PII) a la persona que usted eligió.

Part A. Information about the member whose healthcare information will be disclosed.

Parte A. Información sobre el miembro cuya información de atención médica será divulgada.

Part B. Name of the person or company you are authorizing to receive your PHI/PII.

Parte B. Nombre de la persona o compañía autorizadas a recibir su PHI/PII.

Part C. The reason for your authorization? For the personal use of the member, for a specific reason or event or for a legal purpose.

Parte C. ¿Cuál es el motivo de su autorización? Para uso personal del miembro, por un motivo o evento específico o con fines legales.

Part D. Tell us what information may be disclosed.

Parte D. Díganos qué información se puede divulgar.

All Information: Check if authorizing “all PHI” as listed to be shared with the person or company listed in PART B except for Sensitive Health Information.

Toda la información: Marque esta opción si autoriza que se comparta “toda la PHI” con la persona o compañía indicadas en la PARTE B, excepto la información de salud confidencial.

Or/O

Only the information specified: Check each item you are authorizing.

Solo la información especificada: Marque cada punto que usted autoriza.

Part E. Tell us what sensitive information may be disclosed.

Parte E. Díganos qué información confidencial se puede divulgar.

Sensitive Health Information: Please note that you will need to place your initials next to the Sensitive Information if you wish to authorize release of this information. **Please note:** The signature of a minor is required to authorize release of Sensitive Health Information to their parent or legal guardian in order for Providence Medicare Advantage Plans to disclose this information. (To authorize the release, the minor must sign the form along with the parent/guardian to be valid.)

Información de salud confidencial: Tenga en cuenta que deberá colocar sus iniciales al lado de la información confidencial si desea autorizar la divulgación de esta información. **Recuerde:** Se requiere la firma de un menor para autorizar la divulgación de información de salud confidencial a su padre, madre o tutor legal para que Providence Medicare Advantage Plans divulgue esta información. (Para autorizar la divulgación y que la autorización sea válida, el menor debe firmar el formulario, al igual que el padre/madre/tutor).

Part F. You may allow the person in PART B to perform administrative functions on your behalf.

Parte F. Puede permitir que la persona que se indica en la PARTE B realice funciones administrativas por usted.

Part G. Date your Authorization Expires

Parte G. Fecha en que su autorización vence.

Part H. You have the right to revoke your authorization and you understand what you have authorized.

Parte H. Usted tiene derecho a revocar su autorización y entiende lo que autorizó.

Part I. Your Approval (signature & date)

Parte I. Su aprobación (firma y fecha).

FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN DEL MIEMBRO

Use este formulario para autorizar a Providence Medicare Advantage Plans a usar o divulgar su información de salud a otra persona o compañía. Este formulario de autorización debe completarse en su totalidad para tener validez. Complete la siguiente información exactamente como aparece en su tarjeta de identificación de miembro.

PART A: MEMBER INFORMATION		
PARTE A: INFORMACIÓN DEL MIEMBRO		
Member Last Name Apellido del miembro	Member First Name Primer nombre del miembro	Middle Initial Inicial del 2.º nombre
Member Date of Birth Fecha de nacimiento del miembro	Member Identification Number (See your member ID card) Número de identificación de miembro (vea su tarjeta de identificación de miembro)	Group Number (See your member ID card) Número de grupo (vea su tarjeta de identificación de miembro)
Member Home/Street Address Dirección/calle de residencia del miembro	City and State, Zip Code Ciudad y estado, código postal	Preferred Phone # Teléfono de preferencia
PART B: PERSON OR COMPANY WHO WILL RECEIVE THIS INFORMATION		
PARTE B: PERSONA O COMPAÑÍA QUE RECIBIRÁ ESTA INFORMACIÓN		
The following person(s), facility or company have the right to receive my protected health/personal information. (They must be 18 years of age or older). Please fill in the below: Las siguientes personas, centro o compañía tienen derecho a recibir mi información de salud protegida/personal. (Deben tener al menos 18 años de edad). Complete a continuación: Recipient's Name/Nombre del destinatario: Relationship to Member/Relación con el miembro: (Spouse/Domestic Partner/Friend/Caretaker/Broker/Other) (Cónyuge/concubino/amigo/cuidador/corredor/otro)		

PART C: THE REASON FOR MY AUTHORIZATION (check one):

PARTE C: MOTIVO PARA MI AUTORIZACIÓN (marque uno):

- ☐ Personal Use/ Uso personal
- ☐ Only for this reason/event(s)/Solo por estas razones o estos casos:
(Only applies for a specific reason or event, an example might be to settle a claim or a one-time release)
(Solo se aplica para razones o casos específicos, un ejemplo podría ser resolver un reclamo o una divulgación de una sola vez)
- ☐ Legal Purpose/Fines legales

PART D: INFORMATION THAT CAN BE RELEASED BY PROVIDENCE MEDICARE ADVANTAGE PLANS

PARTE D: INFORMACIÓN QUE PROVIDENCE MEDICARE ADVANTAGE PLANS PUEDE DIVULGAR

I allow the following information to be disclosed by Providence Medicare Advantage Plans on my behalf to the person in PART B.

Permito que Providence Medicare Advantage Plans divulgue la siguiente información en mi nombre a la persona de la PARTE B.

☐ All Information (as listed to the right):

- ☐ Check if authorizing all PHI to be shared with the person or company listed in Part B above except for Sensitive Health Information. (Please note that you still need to initial the boxes for sharing any Sensitive Information if you wish to authorize release of this information.)

Toda la información (según lo indicado a la derecha):

Marque esta opción si autoriza que se comparta “toda la PHI” con la persona o compañía indicadas en la PARTE B anterior, excepto la información de salud confidencial. (Tenga en cuenta que de todos modos debe colocar sus iniciales en las casillas para compartir la información confidencial si desea autorizar la divulgación de esta información).

**Only the information specified below:
(Please check each one that applies):**

**Solo la información especificada a continuación:
(Marque las opciones que correspondan):**

- ☐ Eligibility/Benefits/Elegibilidad/Beneficios
- ☐ Enrollment/Inscripción
- ☐ Claims Information/Información de reclamos
- ☐ Clinical Notes/Notas de la clínica
- ☐ Medical Information (diagnosis, treatment, medication)/
Información médica (diagnósticos, tratamiento, medicamento)
- ☐ Premium Information/
Resolve Billing Questions/Problems/Información sobre las primas/Resolución de preguntas/problemas de facturación
- ☐ Referrals and Authorization of Medical Services/
Referencias y autorizaciones de servicios médicos

PART E: I ALSO APPROVE THE RELEASE OF SENSITIVE INFORMATION

PARTE E: TAMBIÉN APRUEBO LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN CONFIDENCIAL

If the information to be used/disclosed contains any of the types of records or information listed below, additional laws relating to the use and disclosure of the information may apply.

Si la información que fuera a usarse/divulgarse contuviera alguno de los tipos de registros o información que aparecen a continuación, se pueden aplicar leyes adicionales relacionadas con el uso y la divulgación de información.

*I understand that my alcohol/substance abuse records are protected under Federal and State confidentiality laws and regulations and cannot be disclosed without my written consent unless otherwise provided for in the laws and regulations. I understand and agree that the below information will only be disclosed if I **place my initials** in the applicable space next to the type of information.

Please note: The signature of a minor is required to authorize Providence Medicare Advantage Plans to release certain sensitive health information pertaining to the minor.

*Entiendo que mis registros de abuso de alcohol/sustancias se encuentran protegidos por leyes y regulaciones de confidencialidad federales y estatales, y no pueden revelarse sin mi consentimiento por escrito a menos que las leyes y regulaciones lo indiquen de otra forma. Entiendo y acepto que la información a continuación solo se revelará si **coloco mis iniciales** en el espacio correspondiente al lado del tipo de información. **Recuerde:** Se requiere la firma de un menor para autorizar a Providence Medicare Advantage Plans a divulgar determinada información de salud confidencial sobre el menor.

_____ AIDS or HIV/SIDA o VIH

_____ Alcohol/Drug/Substance Abuse (diagnosis, treatment or referral information)*/Abuso de alcohol/drogas/sustancias (diagnóstico, tratamiento o información de la remisión)*

_____ Genetic Information (services or tests)/Información genética (servicios o pruebas)

_____ Maternity/Pregnancy (reproductive health)/Maternidad/embarazo (salud reproductiva)

_____ Mental Health Data and Records/Datos y registros de salud mental

_____ Sexually Transmitted Illness/Disease (testing and treatment)/Enfermedad de transmisión sexual (prueba y tratamiento)

PART F: PERMISSION TO ACT ON MY BEHALF

PARTE F: PERMISO PARA ACTUAR EN MI NOMBRE

☐ To perform **EVERY ACT** listed below/Para realizar **CADA ACCIÓN** indicada a continuación

OR/O

To perform **ONLY** those acts *check marked below*:

Para realizar **SOLAMENTE** las acciones *marcadas a continuación*:

☐ Request a new ID card/Solicitar una nueva tarjeta de identificación

☐ Change my Address/Cambiar mi dirección

☐ Inquire/Choose/Change my Primary Care Physician/Consultar/elegir/cambiar mi médico de atención primaria

- ☐ Enroll/Disenroll me from the Plan/Inscribirme/anular la inscripción al plan
- ☐ Correct Missing/Erroneous Demographic Information (age, gender, marital status, race)/Corregir la información demográfica faltante/errónea (edad, género, estado civil, raza)

PART G: DATE YOUR AUTHORIZATION EXPIRES: (check one):

PARTE G: FECHA EN QUE SU AUTORIZACIÓN VENCE: (marque una):

Please check the below **expiration date** you wish to have for this authorization:

Marque la **fecha de vencimiento** a continuación que desea para esta autorización:

- ☐ **Maximum** allowed time of **12 months** from the date of signature/Tiempo **máximo** permitido de **12 meses** desde la fecha de la firma
- ☐ Other Date/Event listed here: (**Only If** less than 12 months)/Otra fecha/suceso indicado aquí:
(**Solo si** es menos de 12 meses)

If there is no earlier expiration date/event indicated, this authorization shall be in force and in effect until it expires 12 months from the date of signature

Si no hay fecha de vencimiento/suceso previamente indicado, esta autorización tendrá vigencia y validez hasta su vencimiento 12 meses después la fecha de la firma.

PART H: REVOCATION AND REVIEW
PARTE H: REVOCACIÓN Y REVISIÓN

I have the right to revoke this Authorization in writing at any time. If I revoke my Authorization, the information described above will no longer be used or disclosed for the reasons stated on this written Authorization, except to the extent that Providence Medicare Advantage Plans already has already acted in reliance on my Authorization. Any uses or disclosures already made with my Authorization cannot be taken back. To revoke this Authorization, please send a written statement to Providence Medicare Advantage Plans at P.O. Box 5548, Portland, OR 97228 and state that you are revoking this Authorization. Please include a copy of the original Authorization if available.

Otherwise, please include your name, ID# and date of birth, the name of the person(s) whom you would like to revoke from receiving your protected health information.

Tengo derecho a revocar esta Autorización por escrito en cualquier momento. Si revoco mi Autorización, la información detallada anteriormente ya no será usada o revelada por las razones establecidas en esta Autorización escrita, salvo en la medida en que Providence Medicare Advantage Plans haya tomado medidas en función de mi Autorización. No puede retirarse ningún uso o divulgación realizados con mi Autorización. Para revocar esta Autorización, envíe una declaración por escrito a Providence Medicare Advantage Plans a P.O. Box 5548, Portland, OR 97228 y declare que está revocando esta Autorización. Incluya una copia de la Autorización original si la tiene disponible. De lo contrario, incluya su nombre, número de identificación y fecha de nacimiento, y el nombre de la persona que quisiera revocar para que no reciba su información de salud protegida.

The revocation will be effective immediately upon Providence Medicare Advantage Plans' receipt and processing of your written statement. **Please note:** that if you have authorized the release of ONLY alcohol or substance use treatment records, you may revoke this authorization verbally.

Revocation involving all other types of health care records must be done in writing.

La revocación entrará en vigencia inmediatamente después de que Providence Medicare Advantage Plans reciba y procese su declaración por escrito. **Recuerde** que si SOLO autorizó la divulgación de los registros de tratamientos por consumo de alcohol o sustancias, puede revocar esta autorización verbalmente.

La revocación de todos los otros tipos de registros de atención médica se debe realizar por escrito

I have read the contents of this authorization. I understand, agree, and allow Providence Medicare Advantage Plans to use and disclose my information as I have stated above. I also understand that signing this authorization form is of my own free will. I understand that Providence Medicare Advantage Plans does not require that I sign this authorization form in order for me to receive treatment, payment, or for enrollment or being eligible for benefits. I understand that the information used or disclosed pursuant to this Authorization may be subject to re-disclosure and no longer be protected under federal law. However, I also understand that federal or state law may restrict re-disclosure of HIV/AIDS test or result information, mental health information, genetic information and drug/alcohol diagnosis, treatment or referral information.

He leído el contenido de esta autorización. Entiendo, acepto y permito que Providence Medicare Advantage Plans use y divulgue mi información como he declarado anteriormente. También entiendo que firmo este formulario de autorización por voluntad propia. Entiendo que Providence Medicare Advantage Plans no me exige firmar este formulario de autorización para recibir tratamiento, pago ni para inscribirme o ser elegible para beneficios. Entiendo que la información usada o revelada de acuerdo con esta Autorización puede estar sujeta a una nueva divulgación y ya no encontrarse protegida por la ley federal. Sin embargo, también entiendo que la ley federal o estatal puede restringir la nueva divulgación de pruebas o resultados de VIH/SIDA, información de salud mental, información genética y diagnóstico, tratamiento o información de referencia de alcohol/drogas

PART I: APPROVAL MEMBER (SIGNATURE AND DATE)
PARTE I: APROBACIÓN DEL MIEMBRO (FIRMA Y FECHA)

By/Por: _____ Date /Fecha: _____
(Member Signature/Firma del miembro)

– OR/O–

By/Por: _____ Date/Fecha: _____
(Member's Designated Legal Representative/Guardian Signature)
(Firma del representante designado/tutor legal del miembro)

Relationship to member/Relación con el miembro: ☐ Parent/ Padre/madre
☐ Legal guardian*/Tutor legal* ☐ Holder of Power of Attorney*/Apoderado*

***If this form is signed by someone other than the member or Parent, please attach legal documentation if you are the legal guardian or Holder of Power of Attorney.**

***Si este formulario es firmado por otra persona que no sea el miembro o el padre/madre, adjunte la documentación legal si es el tutor legal o apoderado.**

• *Note: To parents/legal guardians of minors: state laws may prohibit Providence Medicare Advantage Plans from acting on your request about Sensitive Information without written authorization from the minor member. (Both parent and minor must sign)*

• *Tenga en cuenta: Para los padres/madres/tutores legales de menores: las leyes estatales pueden prohibir que Providence Medicare Advantage Plans actúe con respecto a la información confidencial basándose en su solicitud sin la autorización escrita del miembro menor de edad. (Ambos padres y el menor deben firmar)*

PLEASE KEEP A COPY OF THIS FORM FOR YOUR RECORDS

GUARDE UNA COPIA DE ESTE FORMULARIO PARA SUS REGISTROS

Multi-Language Insert

Multi-language Interpreter Services

English: We have free interpreter services to answer any questions you may have about our health or drug plan. To get an interpreter, just call us at 1-800-603-2340 (TTY: 711). Someone who speaks English/Language can help you. This is a free service.

Spanish: Tenemos servicios de intérprete sin costo alguno para responder cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestro plan de salud o medicamentos. Para hablar con un intérprete, por favor llame al 1-800-603-2340 (TTY: 711). Alguien que hable español le podrá ayudar. Este es un servicio gratuito.

Chinese Mandarin: 我们提供免费的翻译服务，帮助您解答关于健康或药物保险的任何疑问。如果您需要此翻译服务，请致电 1-800-603-2340 (TTY: 711)。我们的中文工作人员很乐意帮助您。这是一项免费服务。

Chinese Cantonese: 您對我們的健康或藥物保險可能存有疑問，為此我們提供免費的翻譯服務。如需翻譯服務，請致電 1-800-603-2340 (TTY: 711)。我們講中文的人員將樂意為您提供幫助。這是一項免費服務。

Tagalog: Mayroon kaming libreng serbisyo sa pagsasaling-wika upang masagot ang anumang mga katanungan ninyo hinggil sa aming planong pangkalusugan o panggamot. Upang makakuha ng tagasaling-wika, tawagan lamang kami sa 1-800-603-2340 (TTY: 711). Maaari kayong tulungan ng isang nakakapagsalita ng Tagalog. Ito ay libreng serbisyo.

French: Nous proposons des services gratuits d'interprétation pour répondre à toutes vos questions relatives à notre régime de santé ou d'assurance-médicaments. Pour accéder au service d'interprétation, il vous suffit de nous appeler au 1-800-603-2340 (TTY: 711). Un interlocuteur parlant Français pourra vous aider. Ce service est gratuit.

Vietnamese: Chúng tôi có dịch vụ thông dịch miễn phí để trả lời các câu hỏi về chương sức khỏe và chương trình thuốc men. Nếu quý vị cần thông dịch viên xin gọi 1-800-603-2340 (TTY: 711) sẽ có nhân viên nói tiếng Việt giúp đỡ quý vị. Đây là dịch vụ miễn phí.

German: Unser kostenloser Dolmetscherservice beantwortet Ihren Fragen zu unserem Gesundheits- und Arzneimittelplan. Unsere Dolmetscher erreichen Sie unter 1-800-603-2340 (TTY: 711). Man wird Ihnen dort auf Deutsch weiterhelfen. Dieser Service ist kostenlos.

Korean: 당사는 의료 보험 또는 약품 보험에 관한 질문에 답해 드리고자 무료 통역 서비스를 제공하고 있습니다. 통역 서비스를 이용하려면 전화 1-800-603-2340 (TTY: 711)번으로 문의해 주십시오. 한국어를 하는 담당자가 도와 드릴 것입니다. 이 서비스는 무료로 운영됩니다.

Russian: Если у вас возникнут вопросы относительно страхового или медикаментного плана, вы можете воспользоваться нашими бесплатными услугами переводчиков. Чтобы воспользоваться услугами переводчика, позвоните нам по телефону 1-800-603-2340 (TTY: 711). Вам окажет помощь сотрудник, который говорит по-русски. Данная услуга бесплатная.

Arabic: إننا نقدم خدمات المترجم الفوري المجانية للإجابة عن أي أسئلة تتعلق بالصحة أو جدول الأدوية لدينا. للحصول على مترجم فوري، ليس عليك سوى الاتصال بنا على 1-800-603-2340 (TTY: 711). سيقوم شخص ما يتحدث العربية بمساعدتك. هذه خدمة مجانية.

Hindi: हमारे स्वास्थ्य या दवा की योजना के बारे में आपके किसी भी प्रश्न के जवाब देने के लिए हमारे पास मुफ्त दुभाषिया सेवाएँ उपलब्ध हैं। एक दुभाषिया प्राप्त करने के लिए, बस हमें 1-800-603-2340 (TTY: 711) पर फोन करें। कोई व्यक्ति जो हिन्दी बोलता है आपकी मदद कर सकता है। यह एक मुफ्त सेवा है।

Italian: È disponibile un servizio di interpretariato gratuito per rispondere a eventuali domande sul nostro piano sanitario e farmaceutico. Per un interprete, contattare il numero 1-800-603-2340 (TTY: 711). Un nostro incaricato che parla Italianovi fornirà l'assistenza necessaria. È un servizio gratuito.

Português: Dispomos de serviços de interpretação gratuitos para responder a qualquer questão que tenha acerca do nosso plano de saúde ou de medicação. Para obter um intérprete, contacte-nos através do número 1-800-603-2340 (TTY: 711). Irá encontrar alguém que fale o idioma Português para o ajudar. Este serviço é gratuito.

French Creole: Nou genyen sèvis entèprèt gratis pou reponn tout kesyon ou ta genyen konsènan plan medikal oswa dwòg nou an. Pou jwenn yon entèprèt, jis rele nou nan 1-800-603-2340 (TTY: 711). Yon moun ki pale Kreyòl kapab ede w. Sa a se yon sèvis ki gratis.

Polish: Umożliwiamy bezpłatne skorzystanie z usług tłumacza ustnego, który pomoże w uzyskaniu odpowiedzi na temat planu zdrowotnego lub dawkowania leków. Aby skorzystać z pomocy tłumacza znającego język polski, należy zadzwonić pod numer 1-800-603-2340 (TTY: 711). Ta usługa jest bezpłatna.

Japanese: 当社の健康 健康保険と薬品 処方薬プランに関するご質問にお答えするために、無料の通訳サービスがあります。通訳をご用命になるには、1-800-603-2340 (TTY: 711) にお電話ください。日本語を話す人 者が支援いたします。これは無料のサービスです。