Providence Health Assurance

FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN DEL MIEMBRO
MEMBER AUTHORIZATION FORM

Complete este formulario para autorizar a Providence Health Plan (PHP) a compartir su información de salud con otra(s) persona(s). Utilice su tarjeta de identificación de miembro (ID) como ayuda para completar la información de la Parte A.

❖ ❖ ❖ ❖ ❖

PARTE A: INFORMACIÓN DEL MIEMBRO *(Proporcione su nombre e información personal)* **PART A: MEMBER INFORMATION *(Provide your name and personal information)***		
Apellido del miembro Member Last Name	Primer nombre del miembro Member First Name	Inicial del 2.º nombre Middle Initial
Fecha de nacimiento del miembro Member Date of Birth	Número de identificación del miembro (consulte su tarjeta de identificación) Member Identification Number (see your ID card)	Número de grupo (consulte su tarjeta de identificación) Group Number (see your ID card)
Dirección/calle de residencia del miembro Member Home/Street Address	Ciudad, estado y código postal City, State, and Zip Code	Número de teléfono preferido Preferred Phone Number

PARTE B: PERSONA(S) QUE PUEDE(N) RECIBIR MI INFORMACIÓN *(Nombre de la(s) persona(s) a la(s) que autoriza que reciban su información de salud)*
PART B: INDIVIDUAL(S) WHO MAY RECEIVE MY INFORMATION *(Name of the individual(s) you are authorizing to receive your health information)*

Entiendo que las personas que se indican a continuación deben ser mayores de 18 años.
I understand the below-named individual(s) must be 18 years of age or older.

1. Nombre de la persona autorizada: _____
   Name of authorized individual:

   Relación con el miembro: ☐ Cónyuge ☐ Pareja de hecho ☐ Amigo ☐ Cuidador ☐ Corredor ☐ Otro
   Relationship to Member: ☐ Spouse ☐ Domestic Partner ☐ Friend ☐ Caretaker ☐ Broker ☐ Other

2. Nombre de la persona autorizada: _____
Name of authorized individual:

Relación con el miembro: ☐ Cónyuge ☐ Pareja de hecho ☐ Amigo ☐ Cuidador ☐ Corredor ☐ Otro
Relationship to Member: ☐ Spouse ☐ Domestic Partner ☐ Friend ☐ Caretaker ☐ Broker ☐ Other

3. Nombre de la persona autorizada: _____
Name of authorized individual:

Relación con el miembro: ☐ Cónyuge ☐ Pareja de hecho ☐ Amigo ☐ Cuidador ☐ Corredor ☐ Otro
Relationship to Member: ☐ Spouse ☐ Domestic Partner ☐ Friend ☐ Caretaker ☐ Broker ☐ Other

PARTE C: OBJETO DE MI AUTORIZACIÓN ***(Seleccione el motivo por el que realiza esta autorización marcando la casilla correspondiente a continuación)***
PART C: PURPOSE OF MY AUTHORIZATION ***(Select your reason for making this authorization by checking the appropriate box below)***

☐ Solicitud del miembro (motivo personal)
Member Request (personal reason)

☐ Otro (especifique): _____
Other (please specify):

PARTE D: INFORMACIÓN QUE PUEDE COMPARTIR PHP ***(Seleccione la información que desea que se divulgue marcando la(s) casilla(s) correspondiente(s) a continuación)***
PART D: INFORMATION THAT CAN BE SHARED BY PHP ***(Select the information you are authorizing to release by checking the appropriate box(es) below)***

☐ Apelaciones:
Appeals

☐ Beneficios y cobertura
Benefits and Coverage

☐ Información de reclamos y pagos
Claims and Payment Information

☐ Notas de la clínica
Clinical Notes

☐ Diagnóstico y procedimiento
Diagnosis and Procedure

☐ Elegibilidad e inscripción
Eligibility and Enrollment

☐ Financiera
Financial

☐ Información sobre la prima/preguntas o problemas de facturación
Premium Information/Resolve Billing Questions/Problems

☐ Referencias y autorizaciones previas de servicios médicos
Referrals and Preauthorizations for Medical Services

☐ Otro (especifique): _____
Other (please specify):

PARTE E: INFORMACIÓN CONFIDENCIAL QUE PUEDE DIVULGAR PHP *(Escriba sus iniciales en la línea junto a cada tipo de información confidencial que autoriza divulgar)*
PART E: SENSITIVE INFORMATION THAT CAN BE SHARED BY PHP *(Write your initials on the line next to each type of sensitive information you are authorizing to share)*

Si en nuestros registros se incluye alguno de los tipos de información que se enumeran a continuación, es posible que se apliquen otras leyes relacionadas con el uso y la divulgación de la información.

***Entiendo que ciertos tipos de información confidencial, incluida alguna relacionada con el consumo 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 que figura a continuación sólo se divulgará si **escribo mis iniciales** en la línea situada junto a la información confidencial especificada.*

_____	VIH (pruebas y tratamiento) HIV (testing and treatment)	_____	Datos y registros de salud mental Mental Health Data and Records
_____	*Consumo de alcohol/drogas/sustancias (diagnóstico, tratamiento, información de remisión) *Alcohol/Drug/Substance Use (diagnosis, treatment, referral information)	_____	Maternidad/embarazo (salud reproductiva) Maternity/Pregnancy (reproductive health)
_____	Información genética (servicios o pruebas) Genetic Information (services or tests)	_____	Enfermedades de transmisión sexual/Enfermedades (pruebas y tratamiento) Sexually Transmitted Illness/ Disease (testing and treatment)

Tenga en cuenta: para los padres/tutores legales de menores, algunas leyes estatales pueden prohibir a PHP actuar en respuesta a su solicitud sobre información confidencial sin la autorización por escrito del miembro menor de edad.
Please note: To parents/legal guardians of minors, some state laws may prohibit PHP from acting on your request about Sensitive Information without written authorization from the minor member.

_____		_____
Firma del miembro menor de edad *Minor Member's Signature*		*Fecha* *Date*

PARTE F: AUTORIZACIÓN PARA ACTUAR EN MI NOMBRE ***(Puede autorizar a la(s) persona(s) nombradas en la Parte B a realizar funciones administrativas en su nombre, según se indica a continuación)***
PART F: PERMISSION TO ACT ON MY BEHALF ***(You may authorize the individual(s) named in Part B to perform administrative functions on your behalf as indicated below)***

- ☐ Solicitar una nueva tarjeta de identificación
  Request a new ID card
- ☐ Cambiar mi dirección
  Change my address
- ☐ Consultar/elegir/cambiar el proveedor de atención primaria
  Inquire/choose/change my primary care provider
- ☐ Inscribirme/anular mi inscripción del plan
  Enroll/disenroll me from the plan
- ☐ Corregir la información demográfica faltante/errónea (edad, género, estado civil, raza)
  Correct missing/erroneous demographic information (age, gender, marital status, race)

PARTE G: FECHA DE VENCIMIENTO DE SU AUTORIZACIÓN (Esta autorización permanecerá en vigor durante tres (3) años a partir de la fecha en que se firme, a menos que usted especifique una fecha de vencimiento anterior)
PART G: DATE YOUR AUTHORIZATION EXPIRES (This authorization will remain in effect for three (3) years from the date it is signed unless you specify an earlier expiration date)

☐ Tres (3) años
Three (3) years

☐ Otra/fecha de vencimiento anterior (especifique):
Other/earlier expiration date (please specify): _____

Residentes de California: Un formulario de autorización en California generalmente vence un (1) año a partir de la fecha en que se firma, a menos que se especifique una fecha de vencimiento diferente. La fecha de vencimiento máxima permitida por PHP es de tres (3) años.
California Residents: An authorization form in California generally expires one (1) year from the date it is signed unless a different expiration date is specified. The maximum expiration date permitted by PHP is three (3) years.

PARTE H: CANCELACIÓN Y RECONOCIMIENTO ***(Sus derechos relacionados con esta autorización, incluido el derecho a cancelar su autorización)***
PART H: REVOCATION AND ACKNOWLEDGEMENT ***(Your rights related to this authorization, including the right to revoke your authorization)***

Tiene derecho a revocar esta autorización por escrito en cualquier momento antes de la fecha de vencimiento. Si cancela su autorización, su información ya no se utilizará ni se divulgará para los fines establecidos en esta autorización, excepto para cualquier acción que PHP ya haya tomado según su autorización anterior. No se pueden deshacer los usos o divulgaciones que ya se hayan realizado con su autorización.

Para agregar personas autorizadas o realizar otros cambios en su autorización, complete y envíe un nuevo formulario de autorización. Para cancelar una autorización existente, envíe una solicitud por escrito para revocar el formulario actual que figura en nuestros archivos. La cancelación entrará en

vigor tan pronto como PHP reciba y procese su declaración por escrito. Su declaración debe incluir su nombre completo, número de identificación de miembro y fecha de nacimiento, y debe enviarse por correo a: Providence Health Plan, P.O. Box 4327, Portland, Oregon, 97208-4327.

Al firmar en la Parte I, usted reconoce y acepta lo siguiente:

"Entiendo, acepto y autorizo a Providence Health Plan a utilizar y divulgar mi información como he indicado anteriormente. Certifico que firmo este formulario de autorización de forma voluntaria. Entiendo que Providence Health Plan no me exige que firme este formulario de autorización para recibir tratamiento, pagos o ser elegible para recibir beneficios.

Entiendo que, una vez que se comparta mi información, la persona autorizada podrá utilizarla y divulgarla, y que es posible que ya no esté protegida por la ley federal. Sin embargo, también entiendo que la ley federal o estatal puede restringir la divulgación de la información sobre las pruebas o los resultados del VIH/SIDA, la información sobre la salud mental, la información genética y el diagnóstico, el tratamiento o la remisión por consumo de drogas o alcohol".

PARTE I: AUTORIZACIÓN DEL MIEMBRO ***(Para finalizar su autorización, firme con su nombre y escriba la fecha a continuación)***
PART I: MEMBER AUTHORIZATION ***(To finish your authorization, sign your name and write the date below)***

Firma del miembro *Member's Signature*	*Fecha* *Date*

Firma del representante designado/tutor legal del miembro *Member's Designated Legal Representative/Guardian Signature*	*Fecha* *Date*

Relación con el miembro: ☐ *Padre/madre del menor* ☐ **Tutor legal* ☐ **Poder de representación*
Relationship to Member: ☐ *Parent of a Minor* ☐ **Legal Guardian* ☐ **Power of Attorney*

**Si este formulario está firmado por una persona distinta del miembro, adjunte la documentación legal que autoriza la tutela o el poder de representación.*
**If this form is signed by someone other than the member, please attach authorizing legal documentation of guardianship or power of attorney.*

PARTE J: DEVOLVER EL FORMULARIO COMPLETADO A PROVIDENCE HEALTH PLAN

PART J: RETURN THE COMPLETED FORM TO PROVIDENCE HEALTH PLAN

Correo electrónico:	Fax:	Correo postal:
memberauthorizationrequest@providence.org	503-574-8116	Providence Health Plan Attn: Servicio al Cliente P.O. Box 4327 Portland, Oregon 97208-4327

Si tiene preguntas o inquietudes, puede comunicarse con el Equipo de Servicio al Cliente 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 503-574-8702 o al 1-888-244-6642. Puede comunicarse con los representantes de Servicio al Cliente de lunes a viernes, de 8_oa.$_o$m. a 5_op.$_o$m.

GUARDE UNA COPIA DE ESTE FORMULARIO PARA SUS REGISTROS