

Formulario de autorización para información protegida de salud



POWERED BY
Collective Health

Complete todas las secciones de este formulario de autorización que cumple con la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA). Si se deja alguna sección en blanco, este formulario no será válido y no será posible que Collective Health comparta su información de salud según lo solicitado.

Información del miembro de Collective Health

Nombre del miembro	Dirección
Fecha de nacimiento	Teléfono
ID del suscriptor o últimos 4 dígitos del SSN	Correo electrónico (opcional)

Autorización

Yo, _____, por la presente autorizo a Collective Health a compartir la siguiente información con las personas u organizaciones que he especificado en este documento.

PHI del miembro: ¿Qué información se puede divulgar?

Acceso completo

Toda la información de atención médica, incluida la atención confidencial. Permite que Collective Health comparta y analice la información de atención médica del miembro, que incluye: descripciones específicas de la atención (incluida la atención confidencial), las fechas de la atención, los costos de la atención, el nombre del proveedor, las recetas y los detalles de sus reclamaciones. La atención confidencial incluye la atención relacionada con la salud reproductiva (que incluye métodos anticonceptivos, embarazo y aborto), abuso o agresión, salud sexual, SIDA/VIH, la salud mental y los trastornos por consumo de sustancias.

Acceso limitado

Toda la información de atención médica, excepto la información de atención confidencial. Permite que Collective Health comparta y analice la información de atención médica del miembro según lo permitido en "Acceso completo", excepto por los detalles relacionados con la atención confidencial.

Información específica

Solo la información mantenida por Collective Health que se especifica a continuación.

¿Quién puede recibir mi información?

Nombres

Direcciones

Teléfono

Formulario de autorización para información protegida de salud



POWERED BY
Collective Health

Firma

Al firmar a continuación, confirma que comprende que:

- Esta autorización es a petición suya y para sus propios fines.
- Puede cambiar o revocar su autorización en cualquier momento comunicándose con Collective Health. Cualquier revocación no será retroactiva.
- El destinatario autorizado puede redistribuir la información divulgada de acuerdo con esta autorización, y ni la HIPAA ni sus regulaciones de implementación prohíben ni regulan esta redistribución.
- Esta autorización no afectará el pago o tratamiento, ni su elegibilidad o inscripción en su plan de atención médica.

Vencimiento

- Miembros actuales: Esta autorización seguirá vigente mientras usted cuente con la cobertura del Plan, o hasta que revoque el consentimiento por escrito.
- Ex miembros: Esta autorización vencerá 1 año después de la fecha en que se dé de baja del Plan.

Firma

Nombre del miembro (en letra de imprenta)

Fecha (mm/dd/yyyy)