

**Importante:** Al completar todas las secciones de este formulario, usted autoriza a Beacon Health Options, Inc. (Beacon) a divulgar su información de atención médica a las personas que usted identifique durante un lapso de hasta un año. Usted puede permitir que Beacon comparta información de atención médica con su familia, proveedores, representante legal o **cualquier persona** que usted desee que tenga acceso a ella. Debe completar todas las secciones, pues los formularios incompletos pueden ser devueltos.

*Nota:* También es importante que su médico tenga acceso a su información médica para garantizar que usted reciba la mejor atención posible, incluso la atención de seguimiento que pueda ser necesaria. Para autorizar a Beacon a enviar su información de atención médica a su médico, complete y firme este formulario. Únicamente enviaremos información que se refiera a su atención médica.

**Si su solicitud involucra información sobre abuso de alcohol o sustancias, preste atención a las instrucciones especiales en las secciones correspondientes.**

### SECCIÓN 1: ¿A QUIÉN PERTENECE LA INFORMACIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA QUE SE DIVULGARÁ?

Yo, \_\_\_\_\_ (**Nombre del miembro**) autorizo a Beacon (o a cualquier filial de Beacon Health Options que disponga de mi información) a divulgar mi información de atención médica como se describe a continuación.

**Información adicional de identificación del miembro** N.º de Id. del miembro: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Nombre del plan de seguro médico: \_\_\_\_\_

### SECCIÓN 2: ¿QUIÉN RECIBIRÁ ESTA INFORMACIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA?

Escriba en letra de imprenta el nombre de la persona, proveedor o entidad que recibirá su información y la información de contacto (si la conoce):

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Teléfono de la persona que recibirá su información: \_\_\_\_\_

¿Está de acuerdo en que se incluya información de proveedores de tratamiento antiguos, actuales o futuros?:

Sí  No

### SECCIÓN 3: ¿POR QUÉ DEBERÍA DIVULGARSE ESTA INFORMACIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA?

Motivo ("A pedido mío" es una respuesta aceptable): \_\_\_\_\_

Especificar, de ser posible:  Coordinación/Administración de atención  Asistencia con los reclamos  
 Revisión de la calidad de la atención  Otros (Explicar el motivo): \_\_\_\_\_

### SECCIÓN 4: ¿QUÉ INFORMACIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA SE PUEDE DIVULGAR?

**AL COLOCAR SUS INICIALES** en los puntos de la siguiente página, usted autoriza a Beacon a divulgar tipos específicos de información a la parte que se identifica en la Sección 2 anterior:

**Opcional:**  Info. de reclamos  Autorizaciones  Cartas de explicación de beneficios  
 Info. de denegaciones/apelaciones  Notas clínicas

\_\_\_\_ Información o registros de información de salud mental (**ES OBLIGATORIO COLOCAR SUS INICIALES**)

\_\_\_\_ Información o registros sobre abuso de alcohol o sustancias (**ES OBLIGATORIO COLOCAR SUS INICIALES**)

\_\_\_\_ Información o registros relacionados con VIH/SIDA (**ES OBLIGATORIO COLOCAR SUS INICIALES**)

\_\_\_\_ Otra información de salud, especificar (**ES OBLIGATORIO COLOCAR SUS INICIALES**): \_\_\_\_\_

Instrucciones especiales, si las hubiera (puede especificar proveedor, rango de fechas, tipo de servicio, etc.):

### SECCIÓN 5: ¿POR CUÁNTO TIEMPO TENDRÁ VIGENCIA ESTA AUTORIZACIÓN?

Esta autorización tendrá vigencia **durante un año** o hasta que yo la cancele, de la manera que se describe a continuación o hasta (**insertar fecha o evento de caducidad**) \_\_\_\_\_ (lo que ocurra antes).

### SECCIÓN 6: ¿CUÁLES SON MIS DERECHOS?

- Usted tiene derecho a solicitar una copia de este formulario y a solicitar una copia de la información que se va a divulgar.
- No es necesario que firme esta autorización, y negarse a hacerlo no afectará sus beneficios, salvo que esta autorización sea necesaria para determinar sus beneficios.
- La información divulgada por esta autorización puede correr el riesgo de ser divulgada a su vez por el destinatario. Si esto sucediera, podría dejar de estar protegida por las leyes federales de privacidad.
- Usted tiene derecho a cancelar esta autorización en cualquier momento. **Sin embargo, si cancela esta autorización, la cancelación no afectará la divulgación de la información que ya haya sido enviada por Beacon al destinatario.**
- Si usted autorizó la divulgación de información sobre abuso de alcohol u otras sustancias a una organización de atención médica que no es el proveedor que lo atiende, durante los dos próximos años, usted tiene derecho a saber quién dentro de esa organización consultó su información. Debe comunicarse directamente con la organización para obtener esa información.

Tenga en cuenta que si autorizó la divulgación ÚNICAMENTE de registros de tratamiento de abuso de alcohol u otras sustancias, usted puede cancelar verbalmente esta autorización. La cancelación de todos los demás tipos de registros de atención médica debe realizarse por escrito.

\_\_\_\_\_  
Firma del miembro o del representante legal autorizado del miembro\*

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre en letra de imprenta

\* **NOTA: Si usted firma como representante legal autorizado del paciente, adjunte una copia del documento legal pertinente**

que le otorga dicha autoridad. Por ejemplo, un poder legal de atención médica, una orden judicial, documentación de custodia legal, etc. Un poder legal financiero o comercial NO es suficiente.

Si tiene alguna pregunta o para saber dónde enviar su solicitud por correo o fax, llame al teléfono de los servicios de salud conductual, salud mental o de abuso de sustancias, que se encuentra en su tarjeta de identificación médica.