



## Autorización para revelar información sobre la salud

Use este formulario para autorizar a Blue Shield of California, Blue Shield of California Life & Health Insurance Company y a sus socios comerciales (colectivamente, "Blue Shield") a revelar información sobre su salud a otra persona u organización.

### 1. Información del Miembro

Nombre del Miembro: \_\_\_\_\_

Dirección del Miembro: \_\_\_\_\_

Número de identificación del suscriptor: \_\_\_\_\_

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

### 2. ¿Quién puede recibir información?

Nombre del destinatario: \_\_\_\_\_

Dirección del destinatario: \_\_\_\_\_

Relación del destinatario con el Miembro: \_\_\_\_\_

### 3. ¿Cuál es el objetivo de completar este formulario? (Marque una opción)

- Autorización nueva (siga con el número 4).
- Cancelar una autorización existente (pase al número 7).

### 4. ¿Cuál es el objetivo de la revelación de información? (Marque una opción)

- Cuando yo lo pida; ningún objetivo específico.
- Objetivo específico: \_\_\_\_\_

### 5. ¿Qué información puede compartirse con el destinatario? (Marque todo lo que corresponda)

- Explicación de Beneficios.
- Información sobre reclamaciones.
- Información sobre la facturación de primas.
- Administración de casos.
- Toda o cualquier información que Blue Shield conserve, que puede incluir información relacionada con su atención médica, su diagnóstico, sus proveedores, los pagos o las reclamaciones de beneficios o del seguro, y/o información financiera o sobre la facturación. No incluye información confidencial a menos que se autorice específicamente a continuación.
- Otra (especifique): \_\_\_\_\_

**6. ¿El destinatario tiene autorización para recibir información confidencial? (Marque una opción)**

No.

Sí (Marque todo lo que corresponda):

- Enfermedad contagiosa e infecciosa.
- Atención de afirmación de género.
- Información genética.
- VIH/sida.
- Salud mental o de la conducta.
- Salud sexual y reproductiva.
- Abuso sexual, físico o mental, incluida la violencia de pareja íntima.
- Infecciones de transmisión sexual.
- Trastorno por el uso de sustancias adictivas (alcohol/drogas).

**7. Vencimiento y cancelación**

Deseo que esta autorización termine el \_\_\_\_\_ (ej.: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_).

Si no se elige una fecha, la autorización vencerá un año después de la fecha de la firma a continuación. Usted tiene derecho a cancelar esta autorización en cualquier momento mediante un aviso por escrito a Blue Shield. La cancelación de esta autorización no afectará la información que revelamos antes de recibir su pedido de cancelación. Si el padre, la madre o el tutor legal de un menor de edad presenta esta autorización en nombre del menor, vencerá el día en que el menor cumpla 18 años.

**8. Firma del Miembro o del representante legal**

He leído este formulario, y entiendo y acepto sus términos. Autorizo a Blue Shield of California a revelar la información al destinatario indicado como se detalló anteriormente. Entiendo que una vez que se revele mi información, puede ser revelada nuevamente por el destinatario y es posible que ya no esté protegida por las leyes de privacidad, incluida la ley federal de 1996 llamada Health Insurance Portability and Accountability Act (Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos). Entiendo que Blue Shield no puede condicionar el pago, la inscripción en un plan de salud o la elegibilidad para los beneficios dependiendo de que yo firme o no esta autorización.

**Para su protección, la ley de California exige que aparezca lo siguiente en este formulario:** Toda persona que, con conocimiento, presente información falsa o fraudulenta para obtener o cambiar una cobertura de seguro, o para hacer una reclamación para el pago de una pérdida, es culpable de un delito y puede estar sujeta a multas y a la reclusión en una prisión estatal.

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha

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

Si un representante legal firma este formulario, brinde el nombre del representante y la relación con el Miembro (padre/madre, tutela por orden judicial, poder notarial para la atención de la salud [Power of Attorney for Health Care], etc.):

\_\_\_\_\_

Si este formulario lo firma una persona que no es el Miembro ni el padre o la madre de un menor de edad, como un representante personal/legal, un tutor o un ejecutor testamentario, **también debe presentar documentación legal** que demuestre que usted tiene autoridad para actuar en nombre del Miembro (o como administrador de la propiedad del Miembro) para revelar la información sobre la salud. Por ejemplo, esa documentación puede incluir lo siguiente:

1. Poder notarial para la atención de la salud.
2. Documentación válida y actual de la tutela por orden judicial.
3. Otra documentación legal válida que demuestre su autoridad para actuar en nombre del Miembro (o como administrador de la propiedad del Miembro).

---

**Guarde una copia del formulario de autorización para sus registros.**

Envíe el formulario de autorización completo y firmado a:

Blue Shield of California Customer Service  
P.O. Box 272540  
Chico, CA 95927-2540

---

The company complies with applicable state laws and federal civil rights laws and does not discriminate, exclude people, or treat them differently on the basis of race, color, national origin, ethnic group identification, medical condition, genetic information, ancestry, religion, sex, marital status, gender, gender identity, sexual orientation, age, mental disability, or physical disability.

La compañía cumple con las leyes de derechos civiles federales y estatales aplicables, y no discrimina, ni excluye ni trata de manera diferente a las personas por su raza, color, país de origen, identificación con determinado grupo étnico, condición médica, información genética, ascendencia, religión, sexo, estado civil, género, identidad de género, orientación sexual, edad, ni discapacidad física ni mental.

本公司遵守適用的州法律和聯邦民權法律，並且不會以種族、膚色、原國籍、族群認同、醫療狀況、遺傳資訊、血統、宗教、性別、婚姻狀況、性別認同、性取向、年齡、精神殘疾或身體殘疾而進行歧視、排斥或區別對待他人。