



Más allá del cuidado de la salud. Mejores personas.

## Autorización para la divulgación de información médica protegida (PHI) y registros

### Propósito de la autorización

Firme este formulario. Confirmará que WellCare puede analizar o divulgar información médica protegida (Protected Health Information, PHI):

- a una persona que usted ha elegido para que actúe como su representante autorizado;
- a un proveedor; o
- a cualquier persona que elija y designe.

### Información del miembro

Nombre del miembro en letra de imprenta: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa): \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_ Número de ID del miembro: \_\_\_\_\_

Número de Medicare: \_\_\_\_\_ Número Medicaid: \_\_\_\_\_

### Usos autorizados

Al firmar este formulario, acepto que WellCare puede compartir mi PHI con la persona designada en el formulario.

**Marque todos los puntos que WellCare puede analizar o divulgar a la persona que designó para que actúe en su nombre.**

- Notas de psicoterapia. (**Tenga en cuenta:** Si marca esta casilla, no puede marcar otras casillas. Debe completar una *Autorización para divulgar información médica y registros médicos* para obtener otros tipos de registros).
- Registro médico completo (incluye todas las opciones a continuación)
- Apelaciones y quejas formales
- Historial de reclamaciones
- Diagnósticos o tratamiento para el abuso de alcohol o drogas
- Diagnósticos o tratamiento para el SIDA, complejo relacionado con el SIDA (AIDS Related Complex, ARC), VIH u otras enfermedades transmisibles
- Otros: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



Más allá del cuidado de la salud. Mejores personas.

---

## Información del representante

Nombre del representante en letra de imprenta: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa): \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Relación con el miembro: \_\_\_\_\_

El representante autorizado que designe solo podrá conversar sobre su PHI y no podrá realizar ningún cambio en su nombre. Si esta persona es un padre o una madre adoptivos, deberá presentar una prueba. Puede ser una prueba estatal o de una agencia (es decir, en papel con membrete del estado).

---

## Reconocimiento

Entiendo que:

- Mi autorización es voluntaria.
- Autorizo al plan de salud a analizar y divulgar mi PHI a un representante autorizado designado en este formulario.
- Puedo revocar esta autorización en cualquier momento mediante una revocación por escrito al plan de salud. Puedo llamar al número gratuito que aparece en mi tarjeta de identificación de membresía y solicitar un formulario de revocación para que me ayude a presentar mi solicitud por escrito.
- Presentar un formulario de revocación no revocará otras autorizaciones para divulgar información que le haya proporcionado al plan de salud. La revocación de esta autorización no afectará ninguna medida que el plan de salud haya tomado ni la PHI que el plan ya haya divulgado.
- La firma de este documento no implica que el plan de salud pueda condicionar la provisión o el tratamiento o pago de mi atención médica.
- Este formulario de autorización caducará en el plazo de dos años después de la finalización de mi inscripción.
- Mi representante autorizado no es un proveedor de atención médica u otro negocio sujeto a leyes federales o leyes de privacidad estatales aplicables. Es posible que tales leyes de privacidad ya no protejan mi PHI y mi representante autorizado podría continuar divulgando mi información sin mi autorización.
- La información autorizada para divulgación puede incluir registros que indiquen la presencia de una enfermedad transmisible o no transmisible.



Más allá del cuidado de la salud. Mejores personas.

- La información autorizada para divulgación puede incluir información médica protegida o registros relacionados con la salud mental. La divulgación de registros de salud mental o notas de psicoterapia puede requerir el consentimiento del proveedor que brinda tratamiento o una orden judicial.
- La información autorizada para divulgación puede incluir registros del tratamiento para el abuso de alcohol o drogas. Esta categoría de información o registros médicos está protegida por las normas federales de confidencialidad conforme al Código de Reglamentos Federales (Code of Federal Regulations, CFR), Título 42, Parte 2. Conforme a las normas federales, toda persona que reciba esta información o registro tiene prohibido continuar su divulgación, a menos que esté expresamente permitido mediante la autorización por escrito de la persona a quien le pertenece o, de otro modo, esté permitido por el CFR, Título 42, Parte 2. Una autorización general para la divulgación de información médica o de otra índole no es suficiente para este fin. Las normas federales restringen cualquier uso de la información para investigar o procesar penalmente a un paciente por abuso de alcohol o drogas. Como consecuencia, al firmar debajo, autorizo específicamente la divulgación de dichos registros incluidos en mi información médica.
- Tengo derecho a recibir una copia de este formulario después de haberlo firmado.

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

\_\_\_\_\_  
Nombre del miembro o representante autorizado en letra de imprenta

\_\_\_\_\_  
Fecha

Devuelva este formulario o su solicitud para revocar la autorización a:

**WellCare**  
**Attn: Enrollment Department – CCP**  
**PO Box 31378**  
**Tampa Fl 33631**

**Fax: 1-866-473-9124**