[Date]
[Member Name]
[Member Address]
[Member City, State ZIP]

Necesitamos su confirmación antes de proporcionar sus registros a terceros. Complete el formulario y fírmelo.

Estimado/a miembro:

Antes de entregar sus registros a otras personas, necesitamos que rellene el formulario adjunto a esta carta. Luego, envíenoslo. Este formulario nos indicará a quién podemos entregar sus registros.

El formulario tendrá validez por un año desde la fecha en que usted lo firma, a menos que usted quiera revocarlo antes.

Asegúrese de completar todo el formulario. Guarde una copia para sus registros. No modifique el formulario ni deje espacios en blanco. Si hay algún problema, o si tenemos preguntas, le enviaremos una carta o nos comunicaremos por teléfono con usted.

Una vez que tengamos el formulario firmado, lo procesaremos rápidamente. Si tiene alguna pregunta, comuníquese con el número de Servicios al Miembro que figura en su tarjeta de identificación y pida hablar con la Member Privacy Unit.

Atentamente,

Member Privacy Unit
Anthem Blue Cross and Blue Shield HP
Documentos adjuntos: Aviso de no discriminación de HHS
Obtenga ayuda en otros idiomas

anthembluecross.com/ny/medicaid

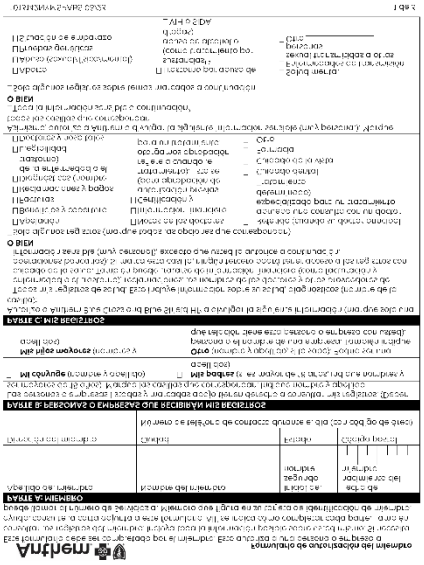
Servicios prestados por Anthem Blue Cross and Blue Shield HP.

Anthem Blue Cross and Blue Shield HP es el nombril comercial de Anthem HP, LLC, licenciatario independiente de Blue Cross and Blue Shield Association. Anthem es una marca registrada de Anthem Insurance Companies, Inc.

Lea lo siguiente para poder completar la primera página de este formulario.

PARTE A: Sobre el miembro

1. Escriba su apellido, nombre y la primera letra de su segundo nombre en letra de imprenta.
2. Escriba su fecha de nacimiento de la siguiente manera: mm/dd/aaaa. Por ejemplo, si nació el 5 de octubre de 1960, debe escribir 10/05/1960.
3. Escriba su domicilio completo, ciudad, estado y código postal.
4. Incluya un número de teléfono diurno (con código de área incluido) donde podamos contactarlo.



PARTE B: Personas o empresas que recibirán mis registros

5. Luego de seleccionar el recuadro de la persona o empresa que puede tener acceso a sus registros, debe hacer lo siguiente: Indique el nombre completo de la persona o la empresa a la cual podemos darle sus registros. No use términos generales como “mi hija” o “mi hijo”. Debe ser muy claro.
6. Si marca el casillero “Otra persona o empresa”, indique:
   - Nombre y apellido (si lo sabe).
   - Nombre de la empresa (si aplica). Y qué relación tiene con usted.

PARTE C: Mis registros

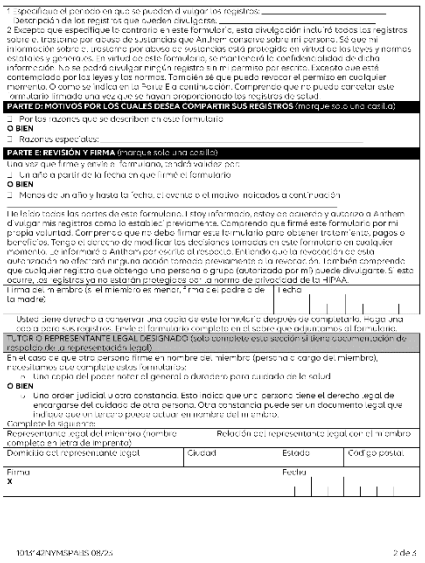
Indique qué información podremos divulgar: toda la información o solo una parte.

7. Para entregar toda su información, marque el primer casillero.
8. Para entregar parte de su información, marque el segundo casillero.
9. También hay una parte del formulario en la cual puede indicar los datos que cree que son muy personales o privados para usted. Si está de acuerdo en que podemos divulgar estos registros, marque las casillas correspondientes.

Lea lo siguiente para poder completar la segunda página de este formulario.

PARTE D: Motivos por los cuales desea compartir sus registros

1. El primer casillero nos indica que entreguemos sus registros tal cual se indica en este formulario.
2. El segundo casillero indica una razón particular. Esto puede ser un reclamo por un seguro de vida. Esto puede presentarse con abogado o con un miembro de la familia. Escriba el motivo en el espacio correspondiente.


1. Especifique el período en que se pueden divulgar los registros: _____
Descripción de los registros que pueden divulgarse: _____
2. Excepto que especifique lo contrario en este formulario, esta divulgación incluirá todos los registros sobre mí, tras haber sido objeto de una acusación que Anthem conserve sobre mi persona. Sé que mi información sobre el tratamiento por abuso de sustancias está protegida en virtud de las leyes y normas estatales y generales. En virtud de este formulario, se mantendrá la confidencialidad de dicha información. No se podrá divulgar ningún registro sin mi permiso por escrito. Excepto que esté contemplado por las leyes y las normas. También sé que puedo revocar el permiso en cualquier momento. O como se indica en la Parte E a continuación. Comprendo que no puedo cancelar este formulario firmado una vez que se hayan proporcionado los registros de salud.

PARTE D: MOTIVOS POR LOS CUALES DESEA COMPARTIR SUS REGISTROS (marque solo una casilla)

☐ Por las razones que se describen en este formulario
O BIEN
☐ Razones específicas: _____

PARTE E: REVISIÓN Y FIRMA (marque solo una casilla)

Una vez que firme y envíe el formulario, tendrá validez por:
☐ Un año a partir de la fecha en que firmé el formulario
O BIEN
☐ Menos de un año y hasta la fecha, el evento o el motivo indicados a continuación

He leído todas las partes de este formulario. Estoy informado, estoy de acuerdo y autorizo a Anthem divulgar mis registros como lo establecí previamente. Comprendo que firmé este formulario por mi propia voluntad. Comprendo que no debo firmar este formulario para obtener tratamiento, pagos o beneficios. Tengo el derecho de modificar las decisiones tomadas en este formulario en cualquier momento. Le informaré a Anthem por escrito de mi decisión. Entiendo que la revocación de esta autorización no afectará ninguna acción tomada previamente a la revocación. También comprendo que cualquier registro que obtenga una persona o grupo (autorizado por mí) puede divulgarse. Si esto ocurre, los registros ya no estarán protegidos por la norma de privacidad de la HIPAA.

Firma del miembro (o el miembro es menor, firma del padre o de la madre): _____ Fecha: _____

Usted tiene derecho a conservar una copia de este formulario después de completarlo. Haga una copia para sus registros. Envíe el formulario completo en el sobre que adjuntamos al formulario.

TUTOR O REPRESENTANTE LEGAL DESIGNADO (solo completar esta sección si tiene documentación de respaldo de un representante legal)

En el caso de que otra persona firme en nombre del miembro (persona a cargo del miembro), necesitamos que complete estos formularios:
☐ Una copia del poder notarial general o duradero para cuidado de la salud
O BIEN
☐ Una orden judicial u otra constancia. Esto indica que una persona tiene el derecho legal de encargarse del cuidado de otra persona. Otra constancia puede ser un documento legal que indique que un tercero puede actuar en nombre del miembro.

Complete lo siguiente:
Representante legal del miembro (nombre completo en letra de imprenta): _____ Relación del representante legal con el miembro: _____
Domicilio del representante legal: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____
Firma: X _____ Fecha: _____

1013142NYMSPABS 08/23 2 de 3

PARTE E: Revisión y firma

Una vez que firme el formulario, tendrá validez por:

3. Marque el primer casillero para indicar un año. Ese es el plazo usual.
4. Marque el segundo casillero si quiere indicar que el formulario tendrá validez por menos de un año. Luego indique la fecha de finalización que desee.
5. **Firme con su nombre y escriba la fecha en el formulario.** Su nombre y firma *deben* coincidir con lo que escribió en la Parte A.
6. **Si usted firma este formulario en nombre de otra persona. Si tiene documentos que indican que tiene un poder notarial para el cuidado de la salud o es tutor legal o curador, debe hacer lo siguiente:**
   - Rellene el campo **Persona jurídica o tutor legal designado**.
   - Entréguenos una copia del documento legal que demuestre que tiene un poder notarial. Presente la copia junto con este formulario. Estos son algunos modelos de documentos legales. Estos documentos se utilizan cuando una persona necesita que otra tome decisiones por ella.

- **Poder notarial duradero o general para el cuidado de la salud.** Este documento otorga a una persona la facultad legal para actuar en su nombre. Esta persona puede tomar decisiones relacionadas con el cuidado de la salud en su nombre. Puede contener lo siguiente: “Para hacerse cargo de mi persona en caso de cualquier tipo de enfermedad”. También es posible que diga: “Y, en general, para hacer y actuar en mi nombre respecto de todo lo que yo haría si no estuviera aquí”.
- **Tutela legal.** Es cuando la corte designa a alguien para encargarse del cuidado de otra persona.
- **Curatela.** Esto ocurre cuando un juez designa a una persona para que esté a cargo. Y sucede cuando una persona no puede tomar sus propias decisiones.
- **Nombramiento de albacea.** Este tipo de documento se utiliza cuando la persona de la cual se habla ha fallecido.

Anthem

Formulario de autorización del miembro

Este formulario debe ser completado por el miembro. Esto autoriza a una persona o empresa a consultar los registros del miembro. Incluya toda la información posible sobre usted mismo. Si necesita ayuda, consulte la carta adjunta a este formulario. Allí se indica cómo completar cada parte. También puede llamar al número de Servicios al Miembro que figura en su tarjeta de identificación de miembro.

PARTE A: MIEMBRO

Apellido del miembro	Nombre del miembro	Inicial del segundo nombre	Fecha de nacimiento del miembro
Dirección del miembro	Ciudad	Estado	Código postal
	Número de teléfono de contacto durante el día (con código de área)		

PARTE B: PERSONAS O EMPRESAS QUE RECIBIRÁN MIS REGISTROS

Las personas o empresas listadas y marcadas abajo tienen derecho a consultar mis registros. (Deben ser mayores de 18 años). Marque las casillas que correspondan. Indique nombre y apellido.

- ☐ Mi cónyuge (nombre y apellido)
- ☐ Mis padres (si es mayor de 18 años, indique nombres y apellidos)
- ☐ Mis hijos mayores (nombres y apellidos)
- ☐ Otro (nombre y apellido, si lo sabe). Podría ser una persona o el nombre de una empresa. También indique qué relación tiene esta persona o empresa con usted).

PARTE C: MIS REGISTROS

Autorizo a Anthem Blue Cross and Blue Shield HP a divulgar la siguiente información (marque solo una casilla):

☐ Todos mis registros de salud. Esto incluye información sobre su salud, diagnósticos (nombre de la enfermedad o el trastorno), reclamaciones, los nombres de los doctores y otros proveedores de cuidado de la salud. También puede tratarse de información financiera (como facturación y operaciones bancarias). Si marca esta casilla, ningún tercero podrá tener acceso a los registros con información sensible (muy personal), excepto que usted lo autorice a continuación.

O BIEN

☐ Solo algunos registros (marque todas las opciones que correspondan)

- ☐ Apelación
- ☐ Beneficios y cobertura
- ☐ Facturas
- ☐ Reclamaciones y pagos
- ☐ Diagnósticos (nombre de la enfermedad o el trastorno)
- ☐ Elegibilidad
- ☐ Doctores y hospitales
- ☐ Notas de los doctores
- ☐ Información financiera
- ☐ Certificación y autorización previas (para aprobación de tratamiento). Esto se refiere a cuando le otorgamos aprobación para un tratamiento.
- ☐ Referido (cuando su doctor principal aprueba una consulta con un doctor especializado para un tratamiento determinado)
- ☐ Tratamiento
- ☐ Cuidado dental
- ☐ Cuidado de la vista
- ☐ Farmacia
- ☐ Otro

Asimismo, autorizo a Anthem a divulgar la siguiente información sensible (muy personal). Marque todas las casillas que correspondan.

☐ Toda la información sensible a continuación[2]

O BIEN

☐ Solo algunos registros sobre temas marcados a continuación

- ☐ Aborto
- ☐ Abuso (sexual/físico/mental)
- ☐ Pruebas genéticas
- ☐ Situación de embarazo
- ☐ Trastorno por abuso de sustancias[1, 2] (como tratamiento por abuso de alcohol o drogas)
- ☐ VIH o SIDA
- ☐ Salud mental
- ☐ Enfermedades de transmisión sexual transmitidas a otras personas
- ☐ Otro _____

1 Especifique el periodo en que se pueden divulgar los registros: _____

Descripción de los registros que pueden divulgarse: _____

2 Excepto que especifique lo contrario en este formulario, esta divulgación incluirá todos los registros sobre el trastorno por abuso de sustancias que Anthem conserve sobre mi persona. Sé que mi información sobre el trastorno por abuso de sustancias está protegida en virtud de las leyes y normas estatales y generales. En virtud de este formulario, se mantendrá la confidencialidad de dicha información. No se podrá divulgar ningún registro sin mi permiso por escrito. Excepto que esté contemplado por las leyes y las normas. También sé que puedo revocar el permiso en cualquier momento. O como se indica en la Parte E a continuación. Comprendo que no puedo cancelar este formulario firmado una vez que se hayan proporcionado los registros de salud.

PARTE D: MOTIVOS POR LOS CUALES DESEA COMPARTIR SUS REGISTROS (marque solo una casilla)

☐ Por las razones que se describen en este formulario

O BIEN

☐ Razones especiales: _____

PARTE E: REVISIÓN Y FIRMA (marque solo una casilla)

Una vez que firme y envíe el formulario, tendrá validez por:

☐ Un año a partir de la fecha en que firmé el formulario

O BIEN

☐ Menos de un año y hasta la fecha, el evento o el motivo indicados a continuación

_____

He leído todas las partes de este formulario. Estoy informado, estoy de acuerdo y autorizo a Anthem divulgar mis registros como lo establecí previamente. Comprendo que firmé este formulario por mi propia voluntad. Comprendo que no debo firmar este formulario para obtener tratamiento, pagos o beneficios. Tengo el derecho de modificar las decisiones tomadas en este formulario en cualquier momento. Le informaré a Anthem por escrito al respecto. Entiendo que la revocación de esta autorización no afectará ninguna acción tomada previamente a la revocación. También comprendo que cualquier registro que obtenga una persona o grupo (autorizado por mí) puede divulgarse. Si esto ocurre, los registros ya no estarán protegidos por la norma de privacidad de la HIPAA.

Firma del miembro (si el miembro es menor, firma del padre o de la madre)	Fecha

Usted tiene derecho a conservar una copia de este formulario después de completarlo. Haga una copia para sus registros. Envíe el formulario completo en el sobre que adjuntamos al formulario.

TUTOR O REPRESENTANTE LEGAL DESIGNADO (solo complete esta sección si tiene documentación de respaldo de la representación legal)

En el caso de que otra persona firme en nombre del miembro (persona a cargo del miembro), necesitamos que complete estos formularios:

- Una copia del poder notarial general o duradero para cuidado de la salud

O BIEN

- Una orden judicial u otra constancia. Esto indica que una persona tiene el derecho legal de encargarse del cuidado de otra persona. Otra constancia puede ser un documento legal que indique que un tercero puede actuar en nombre del miembro.

Complete lo siguiente:

Representante legal del miembro (nombre completo en letra de imprenta)	Relación del representante legal con el miembro		
Domicilio del representante legal	Ciudad	Estado	Código postal
Firma X		Fecha	

Llene este formulario y envíelo de vuelta por correo a:
Member Privacy Unit
P.O. Box 62509
Virginia Beach, VA 2346

Para el receptor de la información sobre trastorno por abuso de sustancias:
Esta información se le ha compartido de registros que están protegidos por las normas federales sobre la confidencialidad de los registros del paciente sobre trastorno por abuso de sustancias (CFR, 42, Parte 2). Las normas federales le prohíben divulgar esta información, a menos que se permita expresamente una posterior divulgación en virtud del consentimiento escrito de la persona a quien pertenece, o conforme a lo establecido en el CFR, 42, Parte 2. Una autorización general para la divulgación de información médica o de otro tipo NO es suficiente para este propósito. Las normas federales limitan el uso de la información para investigar o procesar penalmente a cualquier paciente con diagnóstico de trastorno por abuso de sustancias