

[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 reaistros

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.

015142NYM5-AA65 05/23			1 de 4			
	_VIH o SIDA					
115 tuación de embarazo	quotine)					
Li Pruebas ger éticas	alcuso de alcohol e	- Ciro				
LiAbuso (soxucitif'siocrmental)	(como tratomiento po-	sexual trons	micigas a ot as			
	Fill restorno par apuso de sustandas!	Enformedad	es de transmisión			
ПАрого		Solud mento	r			
_Solo algunos registros sobre te	amas marcados a continuación					
 Toda la información sensible a Q BIEN 	courusación					
todas las casillas que correspor						
Asimismo, outorizo a Anthemio	g knjiža, ja sjižnjetije jujo, tudojot ze	riad Krim) elojeu	schal), Morque			
Hibottores y nose tales	balanu paraujsura - OF-9	,				
Ruegiplidad	otorgamos oprobación a _{O-1}	uaga				
trastorno)		ade da la vista				
de la enfermedad a el		ado dental				
Filthiegnest cas (nombre	puo de					
Diteclamac ones y pagos	autorización previas deta	suujueee)				
		scializado para				
			pa cou nu docto.			
			doctor onneipol			
	e todos las apciones que conespon	000)				
O BIEN	sonal), excepto que usted la autorio	wa concupació	e .			
politicos son politicos de desperados de la caracteria de	ca esta casi la pingún tercero con costi a scacto o musica do arterio	id terre doceso	n reacting strong con-			
culodido de la sauce, Tanta dn	briogo transce de información fina	nciera (com a las	rmuacion y			
enfermedad o et alestorno), re-	clamaciones, los nombros de los do	erance à aplace or	oxecquise qe			
	isto Incluye Informoción sobre su so	Lud, ciag nostico	s (nombre de la			
cavita):						
	nd Blue Sirield HP a chruigar la sigu	en a informació	u (bididhe soja nid			
PARTE C. MIS REGISTROS		_				
# 11 PA 12 PA	qué relación tiene es					
Mis hijas mayores (nambres apell dos)	y Otre (incritor y upol. persona n el nambre					
	acell cos)					
Mi cónyuge (nombre y opel)		laude le auconi.	и ступошову х			
	a jae caejjae dho coluesboudau jug					
Las cersonos a empresas i stad	as y marcadas accio tierren derech	e a sousoppa. Ju	is registros. (Deber			
PARTE B: PERSONAS O EMPRESA	S QUE RECIBIRÁN MIS REGISTROS					
	Número de teléfor de contacto	durante el día (con cód go de árec)			
	energy.		escido bossa			
Directóricol mismbio	Cloded	Estado	Cácigo postal			
		ношрья	Jujelupio			
		zegundo	nacimiento del			
Ape Lido de miembro	Nambre del miembro	Priciol de.	echo de			
PARTE A: MIEMBRO						
	cics a. Miemoro que figura en su to					
	a este formulario. All'se indica còn					
	tado por el miembro. Esso autoriza acolectivos tosas la inflazarectica ass					
Anthem 🚭 🖲	Ferm	ulario de autori	ración del miembro			

- 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.

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.

 Especifique el penedo en que se pueder Descripción de los recistros que oueden 		1050			
2 Excepto que específique lo contrario en	este formularia est	a civulos ción inc	tu iné ta	wine Introduction	tres
sobre e. trasterno por abuso de sustancio	is also An hore cons	a preesgocion ne ave sobre mi ces	tenno d	Sá oue mi	1103
información sobre el trastame por abusa	de sustancias está	protegido en virt	udical	las leves y no	rmas
estatales y generales. En virtud de este fo	mularia, se manter	norá la confidenc	alidad	i de dicha	
información. No se padrá divulgar ningún	registro sin mi perr	nise por escrito. E	xcepto	cue esté	
contemplado por los leyes y las normas. I	l'ambién sé que pue	do revocar el per	rmizo e	en cuolquier	
momento. O como se indica en la Porte E				cancetar esti	2
ormulario irmada una vez que se hayan PARTE DIMOTIVOS POR LOS GUALES DES	proporcionado los	registros de solu	d		
		REGISTROS (mor	que so	.o una castilio	Ų.
 Por los razones que se describen en es	de formulario				
☐ Razones especiales:					
PARTE E: REVISIÓN Y FIRMA (marque solo					
Una vez que firme y envie el formulano, te					
Un año a partir de la fecha en que fir™ O BIEN	në el formulario				
∃ Menos de un año y hasta la fecho, el e	vento o el motivo in	oicados a contin	uación		
He le jajo tados las partes de este formula	no. Estav informaci	s estav de acuera	io v au	conzo a Anth	am
d'vulgar mis registros como lo establec" p	reviamente. Comor	endo que firmé e	ate for	mularia por r	ni
propia voluntad. Comprendo que no debi	o firmar esta tormul	ario paro obtene	rtrate	miento, pago	SO
beneficios. Tengo el derecho de modificar	tos decisiones tom	adas en este forn	nutario	en cualquie	
momento, Le informaré a Antham par esc	nta at respecto. Ent	icuao que la revo	sourcio.	i de esta	
autonzación no efectorá ninguna acción.	tomado previamen	te a la revocació	n. Lom	bién comprei	nde
autonzación no afectorá ninguna acción que cualquier registra que obtengo una p	tomado previamen sersana o grupo (as	te a la revocació: itarizada por mí)	n. Lom puede	bién comprei divulgante, 9	ide este
autonzación no afectorá ninguna acción que cualquier registro que obtengo una p ocurre, os recistros va no estarán proteci	tomado previamen persona o grupo (as loos oo: .a normo d	te a la reveració: itorizada por mí) le privacidad de l	n. Lom puede	bién comprei divulgante, 9	ide este
autonzación no afectará ninguna acción que cualquier registro que alatengo una p ocurre, os registros ya no estarán protegi Firma del miembro (si el miembro es men	tomado previamen persona o grupo (as loos oo: .a normo d	te a la reveració: itorizada por mí) le privacidad de l	n. Lom puede	bién comprei divulgante, 9	ndo esto
autonzación no afectorá ninguna acción que cualquier registro que obtengo una p ocurre, os recistros va no estarán proteci	tomado previamen persona o grupo (as loos oo: .a normo d	te a la reveració: itorizada por mí) le privacidad de l	n. Lom puede	bién comprei divulgante, 9	ide Festa
auta resoción no afectará ninguen acción que cualquier registra que aletengo una p ocurre, los legistros ya no estarán protegi i irma del miembro (si el miembro es men la madre). Usted tiene derecho a canservar una co	tomado previamen persona o grupo (at loca cor la normo d or, "irma del podre solo de este formela	te a la reveració storizada por mi) e privacidad de l a de l l echa or a después de c	n. Tom puede a HIPA	bién comprei divulgante S A. tarla Haga :	esto
autorización no afectará ninguina acción que cualquier registra que abtenga una p acurre, as legistras ya no estarán protegir l'imma sel miembro (si el miembro es men la madre). Usted diene derecho a conservar una co capa a para ses registros tirello el farma.	tomado previamen persona o grupo (ar. locs cor la norma d or, firma del podre pola de este formale lario completo en a	te a la reveració starizada por mi) e privocidad de l a de l l echa or a después de c I sabre que adur	n Tom puede a HIPA compte	bién comprei divulgante. S A. tarlo, Hoga .	
autorización no afectará ninguina acción que cucliquira registra que obtengo una pocurre, as legistras ya no estarán protegi tirma cel miembro (si el miembro es men to madre). Usted diene derecho a conservar una cola plana sus registras. Evelta flama EUTORO & PEPPESSYNIANTE LEGIS DESIGNA LUTORO & PEPPESSYNIANTE LEGIS DESIGNA.	tomado previamen persona o grupo (ar. locs cor la norma d or, firma del podre pola de este formale lario completo en a	te a la reveració starizada por mi) e privocidad de l a de l l echa or a después de c I sabre que adur	n Tom puede a HIPA compte	bién comprei divulgante. S A. tarlo, Hoga .	
auto recolón no ofectad ningua a acción que cualquiar registro que ofenaga una pa- courre, cel egistros y a no estarán protegí li ima a en in ambro (si el miembro es men- to madre). De la companya de la conservar una co- cepia para es six registros. En ele el forma "TUTOR O EPPRESENTANTE LEGAL DESIGNA trappida de la regiscostrato (espo).	tomado previamen escado o grupo (al loso estra norma del lor, firma del padre obla de este formale lario completo en a ADO (soto complete	te a la revocación storizada por m) e privacidad de la a de la	n. Tom puede a HIPA omple comple comple	bién comprei divulgante. S A. tarlo, Hoga : s al formulari scumentación	
auto recolón no ofercito finir puno accide que cualquiam egit no use delengo una pi- courre, coi esplares y a no estarán protegi li ima de in almbro (si el miembro es men- to madre). Usates tiene derecho a conservar una co- cación para sus registros. Prefer el farma ITLOS o EPPRESEYTANTE LEGAL OSIGOS especial de la oppresentación legal). En el caso de que otro cersono firme en ni- presistantes de que otro cersono firme en presistantes per completo de la consistan-	tomado previamen sessona o grupo re- ses ser la norma cor, ^a rma del podre solia de este formale la ría completa en a ADO (solo completa combre del milembra riso:	te a la revocación terizada por mi) starizada por mi) e privacional de la cidada del cidada de la cidada del cidada de la cidada del	n Tom puede a HIPA ompte compte compte compte	bién comprei divulgante. S A. tarlo, Hoga : s al formulari scumentación	
outer vouch no officiend impulia record que colliptar engrar ou ele detenga una picourre, or eleptros ya no espetro que detenga una picourre, or eleptros ya no espetro ya costa de producir producir la marcia de la marcia del marcia d	tomado previamen sessona o grupo re- ses ser la norma cor, ^a rma del podre solia de este formale la ría completa en a ADO (solo completa combre del milembra riso:	te a la revocación terizada por mi) starizada por mi) e privacional de la cidada del cidada de la cidada del cidada de la cidada del	n Tom puede a HIPA ompte compte compte compte	bién comprei divulgante. S A. tarlo, Hoga : s al formulari scumentación	
outer vouch no officitate impulia bacido que colliptare region a se official par un pocurra, que legators y an las sobrian present par a la compania de la compania de la madria. De la compania de la compania para su para su presentador la compania para su presentador la compania para su presentador la compania para su presentador la para para compania para para para consistencia de la compania para para para la compania para para para la compania para para para la compania para para para para para para para para para	tomace previames bersena e grupo (as bets con la normo d or, firma del padre sola de este hornicle lario complete en a ADO (sola complete ombre del milembro ribs: ral o divendero pare ral o divendero pare	ta a la revocac à totrizada par mi) e privacidad de la cha a de la	n Tom puede a HIPA ompte compt kere of	bién comprei divulgante, S A. tarla, Haga ; al formulari scomercación niembro),	l na na nde
outer visualen nordinarien impues baside que coulquiar en gran que obretage una procursa, de la ejabra se no ses de trange una portenta de la ejabra se no se de la procesa de madria. De la ejabra se no se never una portenta de la ejabra de la ejabra de la ejabra de la ejabra de la ejabra de la ejabra de la ejabra de la ejab	tomado previamento persona o grupo (as letes cert, a normo di or, firma del podre socia de este formivile la rick complete en a ADO (sola complete iombre del miembro rick); and a divodero pare la lesto indico que u la lesto indico que u	na a la revecación de transación de privacional de la charactería de la composición de la comp	n Tom puede a HIPA ompte compt kere at po det r	bién comprei divulgante, 9 A. tanlo, Haga I. a al formulari xumentación niembro),	l na na nde
audit visualish no officiration implicationation upon broading units progressive and progressi	tomace previamen bersena e grupo (m. loss con la norma di or, il ma del padre solla de este le mivile larito completto en a ADO (sola comiento combre del miembro (195) rati o fluvodario pare la Esto la consulta in sona. Otra con esta la sona.	ta a la reverca di territoria per la reversa della della e privodica di della a della esperia della di contra después de colla estre e suo sección si di come con a congresa della esperia e su sudicida de la re- tra persona e congresa della esperia man persona e congresa della della esperia	n Tom puede a HIPA ompte compt kere at po det r	bién comprei divulgante, 9 A. tanlo, Haga I. a al formulari xumentación niembro),	l na na nde
auto visuado no ofercado impues occido que que cualquiar en gran a cualquiar en gran a cualquiar en gran a cualquiar en gran que cualquiar en gran a cualquiar en architectura de mandre. Listad came directivo a comercia mas a cualquiar en actual de cualquiar en actualquiar en cualquiar en c	tomace previamen bersena e grupo (m. loss con la norma di or, il ma del padre solla de este le mivile larito completto en a ADO (sola comiento combre del miembro (195) rati o fluvodario pare la Esto la consulta in sona. Otra con esta in sona.	ta a la reverca di territoria per la reversa della della e privodica di della a della esperia della di contra después de colla estre e suo sección si di come con a congresa della esperia e su sudicida de la re- tra persona e congresa della esperia man persona e congresa della della esperia	n Tom puede a HIPA ompte compt kere at po det r	bién comprei divulgante, 9 A. tanlo, Haga I. a al formulari xumentación niembro),	l na na nde
audio procisio no officiale nei pris no nacción que colo que en que como como como como como como como com	tomado previamento bersena o grupo (ar, lose de la norma di ar, *ma del padre bolla de este la michi lurio completto en a ADO (solo completto en a ADO (solo completto nombre del miembro lose ral o duradero pare la Esto indice que u resora. Otra constanta ar en nombro del ni	tra di in reverca di territoria per in e privodicadi de la a de la lacha pri a después de ci sobre que adjunt e construir de la ci (persona a cargo a cuitada de la se recipio sección si li di cincipio de la se recipio sección si mandada de la se recipio sección de la puede ser un remitro.	n Tom puede a HIPA compte com	bién comprei divulgante. S A. tarlo, Haga I. a al formulari scumentación niembro), echo legal di nento legal d	na na nde
under bonden in den fermed in mit jaar doorden gewonde van de schape van	trandar previorment exercisa de grupo (a. lose cor la norma di ori, "ima del podre podre de este formale la ficción plata en el ADO (solo comisión oribre de miembrio trata di decedaro para la Esta indica que la resiona. Otra constra or en nombre del ni-	tra dia reverca di territoria per la el privocidad de la della la la la la di la diagnosia de calisativa que adura e su sección di la presenta a cargo a sudada de la el persona del el persona de la el persona del el persona de la el persona de la el persona de la el p	n Tom puede a HIPA compte com	bén comprei devulgante. S A. Litarla, Haga I. s al formulari scumentación niembro), echo legal di mento legal di al con el misi	na na nide
outer broads has offer risk in the pure broads que coulque from the outer broads and the coulque from the coulque from the coulque from the major of all minimations are man to model. Used plant detects a conversion and coulque from the coulque from the coulque from minimation and the coulque from minimation and the coulque from minimation and confidence of the coulque from the	tomado previamento bersena o grupo (ar, lose de la norma di ar, *ma del padre bolla de este la michi lurio completto en a ADO (solo completto en a ADO (solo completto nombre del miembro lose ral o duradero pare la Esto indice que u resora. Otra constanta ar en nombro del ni	tra di in reverca di territoria per in e privodicadi de la a de la lacha pri a después de ci sobre que adjunt e construir de la ci (persona a cargo a cuitada de la se recipio sección si li di cincipio de la se recipio sección si mandada de la se recipio sección de la puede ser un remitro.	n Tom puede a HIPA compte com	bién comprei divulgante. S A. tarlo, Haga I. a al formulari scumentación niembro), echo legal di nento legal d	na na nide
audit search in order in gran a cooler que cool que me gran son a extraga un tra- para que cool que me gran a conserva de la madria. En esta de la marcia de la madria la madria de la marcia de la mismo de marcia la madria de la marcia de la mismo de marcia la madria de la marcia de la marcia de la marcia de la marcia de la marcia de la marcia del proposition de la marcia de la marcia del la marcia del marcia del marcia del marcia del la marcia del marcia del marcia del marcia del la marcia del marcia del marcia del marcia del marcia del marcia del marcia del marcia del marcia del marcia del marcia del marcia del marcia del marcia del marcia del marcia	trandar previorment exercisa de grupo (a. lose cor la norma di ori, "ima del podre podre de este formale la ficción plata en el ADO (solo comisión oribre de miembrio trata di decedaro para la Esta indica que la resiona. Otra constra or en nombre del ni-	tra dia reverca di territoria per la el privocidad de la della la la la la di la diagnosia de calisativa que adura e su sección di la presenta a cargo a sudada de la el persona del el persona de la el persona del el persona de la el persona de la el persona de la el p	n Tom puede a HIPA compte com	bén comprei devulgante. S A. Litarla, Haga I. s al formulari scumentación niembro), echo legal di mento legal di al con el misi	na na nide
audic broads in a officined in the pick and configuration of a configuration of the pick and con	trandar previorment exercisa de grupo (a. lose cor la norma di ori, "ima del podre podre de este formale la ficción plata en el ADO (solo comisión oribre de miembrio trata di decedaro para la Esta indica que la resiona. Otra constra or en nombre del ni-	ta a la revera di haritada par m) e artivacidad de li a de la lacha la principio de la considera de la sobre que adjunte de la considera de la considera de la considera de la considera de la considera d	n Tom puede a HIPA compte com	bén comprei devulgante. S A. Litarla, Haga I. s al formulari scumentación niembro), echo legal di mento legal di al con el misi	na na nide

- 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.



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 tarieta de identificación de miembro.

PARTE A: MIEMBRO	,									
Apellido del miembro	Nombre (del miembro			Inicial del segundo nombre	Fech- nacir mien	mient	o de	l	
Dirección del mierologo	Civ. al aval				Cot or all a	C 4 al:			<u> </u>	
Dirección del miembro	Ciudad				Estado	Código postal				
	Número de teléfono de contacto durar		inte el día (con código de área)							
PARTE B: PERSONAS O EMPRESAS Q	UE RECIBIF	RÁN MIS REGISTRO)S							
Las personas o empresas listadas y	marcadas	s abajo tienen dei	echo	a cons	ultar mis registr	os. (De	eben	ser		
mayores de 18 años). Marque las ca	sillas que d	correspondan. Inc	lique	nombr	e y apellido.	•				
☐ Mi cónyuge (nombre y apellido)		•	is padres (si es mayor de 18 años, indique r pellidos)			Je nombres y				
 Mis hijos mayores (nombres y ap 	□ Otro (nombr	2 V QI	nollido	si lo sabo) Podr	ía sor	LIDG I	norse			
— Mis filjos mayores (nombres y ap	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).						0			
PARTE C: MIS REGISTROS										
Autorizo a Anthem Blue Cross and E	lue Shield	HP a divulgar la :	siguie	ente info	ormación (marq	ue sol	o una	a cas	illa):
o el trastorno), reclamaciones, los También puede tratarse de inform casilla, ningún tercero podrá tener usted lo autorice a continuación. O BIEN Solo algunos registros (marque to	nación fina r acceso a	nciera (como fact los registros con	urac nforr	ión y op nación	eraciones band	arias)	. Si m	arca		
	·-		-							
•		los doctores			lo (cuando su do					
3		•			ueba una consulta con un doctor ecializado para un tratamiento					
	Certificaci				alizado para un ninado)	trata	meni	.0		
□ Reclamaciones y pagos		ón previas (para		Tratam	•					
 Diagnósticos (nombre de 	aprobació				lo dental					
ta cincinicada o ct	refiere a c	to). Esto se								
trastorno)		s aprobación			lo de la vista					
□ Elegibilidad	_	atamiento.		Farma	CIA					
□ Doctores y hospitales	•			Otro						
Asimismo, autorizo a Anthem a divu casillas que correspondan.			n ser	nsible (n	nuy personal). M	1arque	∍ todo	as las	5	
Toda la información sensible a co	ntinuación	2								
O BIEN	c marcado	os a continuación								
□Solo algunos registros sobre tema	s marcaac	os a continuación								
□ Aborto		storno por abusa	de		Salud mental					
☐ Abuso (sexual/físico/mental)		tancias ^{1, 2}			☐ Enfermedades					
□ Pruebas genéticas		mo tratamiento p	or		sexual transm	itidas	a otro	as		
🗆 Situación de embarazo		uso de alcohol o		Γ	personas Otro					
		ogas) IIH o SIDA		_						

1013142NYMSPABS 08/23 1 de 3

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 forn				7.0			
O BIEN							
Razones especiales:							
PARTE E: REVISIÓN Y FIRMA (marque solo una ca	silla)						
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, firm madre)	or, firma del padre o de la 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: o Una copia del poder notarial general o duradero para cuidado de la salud O BIEN o 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 Relación del representante legal con el miembro							
en letra de imprenta) Domicilio del representante legal	Ciudac		Estado	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

1013142NYMSPABS 08/23 2 de 3

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