



Autorización para divulgar información protegida de salud (PHI) y Registros

Propósito de la autorización:

El propósito de este formulario voluntario es obtener el permiso de un miembro para que WellCare pueda comentar o divulgar la PHI a una persona particular que actúe como el representante autorizado del miembro, a un proveedor o a cualquier persona que el miembro haya designado.

Información del miembro:

Nombre del miembro en letra de imprenta: _____ Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa): _____

Dirección: _____

Número de teléfono: _____ Número de ID de miembro: _____

Número de Medicare: _____ Número de Medicaid: _____

Usos autorizados:

Al firmar este formulario, acepto que WellCare pueda compartir mi PHI con la persona nombrada en este formulario.

Marque todas las cosas que WellCare pueda comentar o divulgar a la persona que usted ha nombrado para actuar por usted.

- Notas de psicoterapia. (**Por favor tenga en cuenta:** Si marca esta casilla, es posible que no pueda marcar las otras. Usted debe completar una *Autorización para divulgar información de salud y Registros* para obtener otros tipos de documentos).
 - Todo su registro de salud (incluye todas las opciones siguientes)
 - Apelaciones y quejas formales
 - Historial de reclamaciones
 - Diagnósticos y/o tratamiento por consumo de alcohol y/o drogas
 - Diagnósticos y/o tratamiento para el SIDA, complejo relacionado con el SIDA (ARC), VIH, u otras enfermedades contagiosas
 - Otra: _____
- _____
- _____

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 usted designe sólo podrá comentar su PHI y no podrá realizar cambios en su nombre. Si esta persona es padre o madre sustituto, necesitaremos que usted nos muestre una prueba. Puede ser una prueba estatal o de una agencia (es decir, en un papel con membrete del estado).

Reconocimiento:

Entiendo que:

- Mi autorización es voluntaria.
- Autorizo a WellCare a que comente y divulgue mi PHI a un representante autorizado que es designado en este formulario.
- Puedo revocar esta autorización en cualquier momento al proporcionar mi revocación por escrito a WellCare. Puedo llamar al número sin cargo que aparece en mi tarjeta de identificación de membresía y solicitar un formulario de revocación para ayudarme a presentar mi solicitud por escrito.
- Presentar un formulario de revocación no revocará cualquier otra autorización para divulgar información que haya proporcionado a WellCare. La revocación de esta autorización no afectará ninguna acción que WellCare haya realizado, o cualquier PHI que el plan ya haya divulgado.
- WellCare no puede condicionar la provisión, el tratamiento ni el pago por mi cuidado al yo firmar este documento.
- Este formulario de autorización vencerá 2 años después de la cancelación de mi inscripción.
- Mi representante autorizado no es un proveedor de cuidado de la salud ni otra entidad comercial sujeto a las leyes de privacidad federales o estatales aplicables. Es posible que dichas leyes de privacidad ya no puedan proteger mi PHI y mi representante autorizado puede seguir divulgando mi información sin mi autorización.



- La información autorizada para divulgarse puede incluir registros que podrían indicar la presencia de alguna enfermedad contagiosa o no contagiosa.
- La información autorizada para divulgarse puede incluir información protegida de salud y/o registros relacionados con la salud mental. La divulgación de registros de la salud mental o las notas de psicoterapia pueden requerir el consentimiento del proveedor que le brindó el tratamiento o de una orden judicial.
- La información autorizada para divulgarse puede incluir registros del tratamiento por abuso de drogas/alcohol. Esta categoría de información/registros médicos está protegida por las normas de confidencialidad federales de la Parte 2 del 42 CFR. Las normas federales prohíben que cualquier persona que reciba esta información o registro siga divulgándola, a menos que una divulgación adicional esté permitida en forma expresa por la autorización escrita de la persona a quien concierne o esté permitido de otra forma por la Parte 2 del 42 CFR. Una autorización general para la divulgación de información médica o de otro tipo no es suficiente para este propósito. Las normas federales restringen cualquier uso de la información para investigar penalmente o iniciar una acción judicial contra cualquier paciente que sea tratado por abuso de alcohol o drogas. Como resultado, al firmar a continuación, autorizo específicamente que tales registros incluidos en mi información de salud sean divulgados.
- Tengo derecho a recibir una copia de este formulario una vez que haya sido firmado.

Firma del miembro o de su representante autorizado

Nombre del miembro o de su representante autorizado
en letra de imprenta

Fecha

Por favor, devuelva este formulario o su solicitud para revocar su autorización a:

WellCare Health Plans, Inc.
Attn: Customer Service- Authorization for PHI
PO Box 31370
Tampa, FL 33631-3370
Fax: 1-813-464-8413