

Autorización para la divulgación de información médica protegida (ADPHI) – SALUD MENTAL

Escriba en letra imprenta todos los nombres e información adicional:

Nombre del titular de la póliza: _____
Nombre Inicial del segundo nombre Apellido

de identificación del titular de la póliza: _____ Fecha de nacimiento del titular de la póliza (MM/DD/AAAA): _____

Tal como se describe a continuación, mediante este documento autorizo a Prominence Health Plan a divulgar mi información médica personal o la de un (dependiente) que sea identificable:

Nombre Inicial del segundo nombre Apellido

(Complete sólo para menores de edad)

Si es dependiente: Nombre del dependiente: _____ # de identificación del miembro dependiente _____
Nombre Inicial del segundo nombre Apellido

Al escribir mis iniciales en los espacios que aparecen a continuación, autorizo específicamente el uso o la divulgación de la siguiente información médica o historial médico, siempre y cuando dicha información o historial exista:

_____ Todo el historial médico (incluyendo el historial de enfermería y notas de progreso)	_____ Registros patológicos
_____ Historial médico necesario para la continuación de la atención	_____ Informes de laboratorio
_____ Registros de atención de emergencia y urgencia	_____ Transcripción de los registros del hospital
_____ Informes de diagnóstico por imágenes	_____ Resúmenes de facturación
_____ Diagnóstico, tratamiento o información de derivación por abuso de drogas o alcohol (las normas federales exigen una descripción sobre cuánta y qué tipo de información será divulgada).	

Describe: _____

Otro: _____

* Comprendo que la información sólo se divulgará para fines de administración de los beneficios del seguro, salvo que la ley lo permita para otros fines.

Autorizo a Prominence Health Plan y a sus subsidiarias o afiliadas ("Planes de Salud") a utilizar o divulgar mis registros médicos, reclamos o beneficios, incluyendo cualquier información médica de salud mental que se encuentre en estos registros que sea individualmente identificable según lo descrito anteriormente. Comprendo que estos registros pueden contener información creada por otras personas o entidades, incluyendo médicos y otros proveedores de atención médicas.

Comprendo que esta autorización es voluntaria y que puedo negarme a firmarla. Si me niego a firmar, no se verá afectada mi inscripción en el plan, la elegibilidad para recibir beneficios, la posibilidad de recibir tratamientos ni los pagos por los tratamientos recibidos, salvo que la ley lo permita.

Comprendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento mediante una notificación escrita a los Planes de Salud, la cual será enviada a la dirección que se indica en el dorso de la tarjeta de identificación del miembros, salvo en los siguientes casos:

- Si los Planes de Salud han tomado acción como consecuencia de esta autorización; o
- En caso que la cobertura del seguro haya estado condicionada a esta autorización, existe otra legislación que le otorga al asegurado el derecho de impugnar un reclamo bajo la póliza.

Esta autorización para utilizar o divulgar información médica estará vigente durante el tiempo que dura la membresía de la persona nombrada anteriormente.

Los Planes de Salud no recibirán ninguna compensación de ningún tercero por utilizar o divulgar esta información.

Comprendo que una vez que los Planes de Salud hayan divulgado mi información médica a un tercero, es posible que dicha información médica ya no se encuentre protegida por las normas federales o estatales sobre privacidad. Estoy de acuerdo en que mi firma por facsímil tenga el mismo efecto que mi firma en original.

Nombre en letra imprenta de la persona o de su representante

En caso de ser un representante, indicar la relación con la persona y bajo qué título lo hace

Firma del paciente, miembro o representante legal

Fecha

Envíe por fax el formulario firmado a Prominence Health Plan al 775.770.9365 o envíelo por correo postal a:

Prominence Health Plan
Attn: Member Services
1510 Meadow Wood Lane
Reno, NV 89502

Si tiene alguna pregunta, comuníquese con Scott Heinze, oficial de privacidad de PHP al 775.770.9444.