



## Autorización del miembro para permitir la divulgación de información protegida sobre la salud a otra persona o entidad

Nombre del miembro (paciente): \_\_\_\_\_

No. de ID: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Nombre del empleador: \_\_\_\_\_ No. de grupo: \_\_\_\_\_

Comprendo que en relación con la provisión de servicios para miembros a mí, Moda Health Plan, Inc., Oregon Dental Service o ODS Community Health, Inc. (en conjunto, "Moda Health") cuenta con cierta información protegida sobre la salud que me pertenece. Autorizo a Moda Health a utilizar y divulgar una copia de mi información protegida sobre la salud a:

\_\_\_\_\_  
*(Nombre y parentesco del destinatario o clase de destinatarios)*

Con el propósito de (marcar uno):

Tratar toda la información relacionada con mi cobertura de seguro, tratamiento y pago.

Otro (especificar el propósito): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Mi información protegida sobre la salud incluye historias clínicas, registros de atención de emergencia y de urgencia, estados de cuenta de facturación, informes de diagnósticos por imágenes, informes hospitalarios transcritos, notas de la historia clínica del consultorio, informes de laboratorio, registros dentales, informes de patología, registros de fisioterapia, registros hospitalarios (incluso registros de enfermería y notas del progreso), y toda información personal o médica relacionada con el propósito de la presente autorización. La información obtenida mediante la presente autorización se utilizará para el propósito definido previamente y se limitará a la información mínima necesaria para alcanzar tal fin.

Si la información que se divulgará contiene cualquiera de los tipos de registros o información que figuran a continuación, se pueden aplicar leyes adicionales relacionadas con el uso y la divulgación de la información. Comprendo y acepto que dicha información puede divulgarse si marco el casillero al lado del tipo de información que se incluirá con la divulgación:

- Exámenes o información sobre resultados de VIH o SIDA y registros relacionados
- Información sobre exámenes genéticos
- Información sobre derivaciones, tratamiento o diagnóstico de drogadicción o alcoholismo
- Información sobre salud mental

Comprendo que tengo derecho a negarme a firmar la presente Autorización. Dicha negación no afectará mi inscripción en un plan de salud ni mi participación en los beneficios de salud.

Tengo derecho a revocar la presente Autorización por escrito en cualquier momento. Si así lo hago, la información descrita previamente ya no se utilizará ni se divulgará por los motivos cubiertos por la presente Autorización escrita. Todo uso o divulgación que ya se haya hecho con mi permiso no puede retractarse.

*Para revocar la presente Autorización, envíe una declaración por escrito a: Moda Health, Privacy Office a 601 SW 2<sup>nd</sup> Avenue, Portland OR 97204 e indique que la revoca.*

Comprendo que la información utilizada o revelada como consecuencia de la presente Autorización puede ser revelada a su vez por el receptor y ya no estará protegida por las leyes federales. Sin embargo, también comprendo que las leyes federales o estatales pueden restringir la nueva revelación de exámenes de VIH o SIDA o información sobre resultados, salud mental, genética y sobre derivaciones, tratamiento o diagnósticos de drogadicción o alcoholismo.

Salvo que se revoque, la presente Autorización estará vigente y en efecto hasta que suceda lo siguiente (**marque uno**):

Fecha: \_\_\_\_\_ (no debe exceder los 24 meses desde la fecha de la firma) \*  
O

Evento: \_\_\_\_\_  
(el evento se limitará a 24 meses como máximo. Mencionar un evento como "Muerte", "Terminación de póliza de seguro" o "Hasta la revocación" son algunos ejemplos de eventos no válidos, lo que tendrá como resultado la devolución de la presente autorización como no válida).

\*Si no se presenta una fecha (se deja en blanco), la autorización se limitará a 24 meses desde la fecha de la firma.

**Al firmar a continuación, acepto que he revisado y que comprendo la presente Autorización**

Por: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
(Individuo)

O

Por: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
(Representante del individuo)

Parentesco con el miembro:  Padre/Madre  Tutor legal\*\*  Titular de Poder General\*\*  
\*\*Adjunte la documentación legal si es el tutor legal o el Titular de un Poder General

**Todos los espacios del formulario deben estar llenos para que la presente autorización sea válida. El miembro debe retener una copia del formulario completo.**

Envíe el formulario original firmado a:  
Moda Health  
Privacy Office  
601 SW 2<sup>nd</sup> Avenue  
Portland OR 97204