

# Autorización para usar o revelar información sobre la salud



Promise  
Health  
Plan

**A. Utilice este formulario para autorizar a Blue Shield of California Promise Health Plan a usar o revelar información sobre su salud a otra persona u organización.**

## 1. Persona cuya información se revelará ("Miembro")

Nombre y dirección del Miembro:

N.º de identific. del suscriptor:

Fecha de nacimiento:

## 2. ¿Quién está autorizado para recibir la información del Miembro ("Destinatario")?

Nombre y dirección del Destinatario:

Vínculo del Destinatario con el Miembro:

## 3. ¿Qué información puede revelarse al Destinatario? (Marque una opción)

**Toda o cualquier información que Blue Shield of California Promise Health Plan conserve.** Puede incluir información acerca de la atención médica, el diagnóstico, los proveedores, los pagos o las reclamaciones de beneficios o del seguro, y/o información financiera o de facturación del Miembro. *No incluye información confidencial, a menos que la revelación de este tipo de información esté aprobada específicamente más adelante.*

**Solo la siguiente información, o los siguientes tipos de información, que Blue Shield of California Promise Health Plan conserve: (especifique)**

## 4. ¿Está autorizado el Destinatario para recibir información confidencial?

**NO. (CONTINÚE CON LA SECCIÓN 5).**

**SÍ. (A continuación, complete [a] O BIEN [b]; no puede seleccionar ambas opciones). Autorizo específicamente al Destinatario a recibir:**

a.  **Notas sobre la psicoterapia. Si marca esta casilla, no puede marcar ninguna de las demás casillas de la sección (b) a continuación. La autorización para revelar notas sobre la psicoterapia no se puede combinar con una autorización para revelar ningún otro tipo de información. CONTINÚE CON LA SECCIÓN 5.**

b.  Complete esta sección **SOLAMENTE SI** no marcó la casilla 4(a) más arriba y desea autorizar la revelación de cualquiera de los siguientes tipos de información confidencial: (marque todas las opciones que correspondan)

Aborto

Abuso de sustancias adictivas o bebidas alcohólicas

Información genética

VIH/SIDA

Salud mental

Embarazo

Abuso sexual, físico o mental

Enfermedad de transmisión sexual

*Nota para los padres/tutores legales de menores de 12 años o más: Es posible que usted no pueda obtener o autorizar el uso o la revelación de determinados tipos de información confidencial acerca del menor de edad sin la autorización por escrito de dicho menor. Esta información puede incluir los tipos de información confidencial mencionados más arriba, además de información acerca de enfermedades contagiosas, violación o agresión sexual, y ciertos tratamientos o sesiones de asesoramiento por problemas de salud mental para pacientes ambulatorios. Si el menor tiene 17 años de edad o más, la revelación de información acerca de casos de violencia doméstica o donaciones de sangre también requiere la autorización del menor.*

## 5. ¿Cuál es el motivo de la solicitud de uso o revelación de información?

La información es sobre mi persona y se usará o revelará porque así lo he solicitado.

La información es necesaria para resolver una apelación o un conflicto relativos a una reclamación.

Otro: (especifique)

## B. Vencimiento y revocación

Esta autorización permanecerá vigente durante un año desde la fecha en que usted la firma (abajo), a menos que aquí se especifique una fecha diferente:

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Usted tiene derecho a revocar esta autorización en cualquier momento; para ello, debe notificar a Blue Shield of California Promise Health Plan por escrito. *La revocación de esta autorización no afectará la información que usamos o revelamos antes de recibir la solicitud de revocación.* Si uno de los padres o el tutor legal de un menor presenta esta autorización en nombre del menor, vencerá el día en que el menor cumpla 18 años.

### C. Firma

He leído este formulario, y comprendo y acepto sus términos. Autorizo a Blue Shield of California Promise Health Plan a usar o revelar la información al Destinatario mencionado, según se indica más arriba. Comprendo que una vez que se revele mi información, es posible que el Destinatario vuelva a revelarla, por lo que ya no estará protegida por las leyes de privacidad, incluida la ley federal Health Insurance Portability and Accountability Act (Ley de Transferibilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos) de 1996.

Comprendo que Blue Shield of California Promise Health Plan no puede condicionar el pago, la inscripción en un plan de salud o el cumplimiento de requisitos para obtener beneficios al hecho de que yo firme esta autorización.

---

Firma

---

Fecha

---

Nombre en letra de imprenta

### D. Tutores o representantes legales o personales

Si firma este formulario una persona que no sea el Miembro ni el padre o la madre de un menor, como un representante, tutor o albacea legal o personal, para autorizar el uso o la revelación de información sobre la salud del Miembro, **usted también debe presentar documentación legal** que indique su autoridad para actuar en nombre del Miembro (o la propiedad del Miembro). Dicha documentación puede incluir, por ejemplo: 1) poder notarial permanente para la atención de la salud; 2) documentación válida y actual de tutela legal por orden de un tribunal; o 3) cualquier otra documentación legal válida que indique su autoridad para actuar en nombre del Miembro (o la propiedad del Miembro).

#### **También complete los siguientes datos:**

---

Nombre del representante (en letra de imprenta):

---

Vínculo con el Miembro:

---

Tipo de documentación que se envía:

---

**Conserve una copia de esta autorización.**

Envíe el formulario de autorización completo y firmado a la siguiente dirección:  
Blue Shield of California Promise Health Plan Privacy Office  
P.O. Box 272540  
Chico, CA 95927-2540

---

Blue Shield of California Promise Health Plan complies with applicable state laws and federal civil rights laws, and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, ancestry, religion, sex, marital status, gender, gender identity, sexual orientation, age, or disability.

Blue Shield of California Promise Health Plan cumple con las leyes estatales y las leyes federales de derechos civiles vigentes, y no discrimina por motivos de raza, color, país de origen, ascendencia, religión, sexo, estado civil, género, identidad de género, orientación sexual, edad ni discapacidad.

Blue Shield of California Promise Health Plan 遵循適用的州法律和聯邦公民權利法律，並且不以種族、膚色、原國籍、血統、宗教、性別、婚姻狀況、性別認同、性取向、年齡或殘障為由而進行歧視。