



# Autorización para la Divulgación de Información Médica Protegida

Para uso en California, Oregon y Washington

Al completar este documento, autorizo a Health Net of California, Inc., Health Net Health Plan of Oregon, Inc., Managed Health Network, Inc. y/o Health Net Life Insurance Company, incluyendo las entidades afiliadas y subsidiarias (en conjunto, "Health Net"), a usar o divulgar mi información médica protegida (por sus siglas en inglés, PHI) según se establece a continuación.

## Sección I. Persona cuya información se divulgará

|         |  |                      |
|---------|--|----------------------|
| Nombre: | Número de identificación del afiliado: | Fecha de nacimiento: |
|---------|--|----------------------|

Dirección:

## Sección II. Descripción de la información que se divulgará

**Autorizo a Health Net a divulgar los siguientes tipos de información médica.**

**A. Descripción general de la información médica (seleccione todas las opciones que correspondan):**

- Registros e información sobre solicitud, inscripción, membresía y elegibilidad
- Registros e información sobre Reclamos/Explicación de Beneficios/Evidencia de Cobertura
- Registros e información de farmacia
- Registros e información sobre primas/pagos/facturación
- Otro tipo de información (describa): \_\_\_\_\_

**B. Descripción adicional de las categorías de información confidencial (seleccione todas las opciones que correspondan):**

Debe completar esta sección para autorizar la divulgación de información y registros en relación con las siguientes categorías de información confidencial:

- Diagnóstico, tratamiento, pronóstico o remisión para casos de abuso de drogas o alcohol
- VIH/SIDA (incluyendo el complejo relacionado con el SIDA [CRS]) o enfermedades de transmisión sexual (por sus siglas en inglés, STD)
- Pruebas genéticas
- Servicios de salud mental o del comportamiento

## Sección III. Propósito

**Autorizo a Health Net a divulgar la información identificada más arriba para el/los siguiente/s propósito/s:**

- A mi solicitud
- Otro (especifique): \_\_\_\_\_

## Sección IV. Vencimiento de la autorización

Esta autorización vencerá el \_\_\_\_\_ (mm/dd/aa). Si no se indica ninguna fecha, esta autorización vencerá en un año.

(continúa)

### Sección V. Persona o entidad que recibirá la información

**Autorizo a divulgar mi información médica según se indica más arriba a los siguientes:**

|         |         |                            |                                |
|---------|---------|----------------------------|--------------------------------|
| Nombre: |         | Compañía (si corresponde): |                                |
| Ciudad: | Estado: | Código postal:             | Número de teléfono:<br>(     ) |
| Nombre: |         | Compañía (si corresponde): |                                |
| Ciudad: | Estado: | Código postal:             | Número de teléfono:<br>(     ) |

### Sección VI. Información importante

- La información que se divulgue basada en esta autorización podría volver a ser divulgada por el receptor, en cuyo caso ya no estaría protegida por las reglamentaciones federales de privacidad, incluyendo la Ley sobre Responsabilidad y Transferibilidad del Seguro de Salud (por sus siglas en inglés, HIPAA).
- Puedo revocar esta autorización por escrito enviando un aviso a Health Net Privacy Office, Attention Director, Information Privacy, PO Box 9103, Van Nuys, CA 91409, según se establece en el Aviso de Prácticas de Privacidad de Health Net. Mi revocación tendrá vigencia al ser recibida, pero no en la medida en que Health Net u otros hayan actuado sobre la base de esta autorización.
- El tratamiento, el pago, la inscripción o la elegibilidad para los beneficios no estarán condicionados a que yo brinde o me niegue a brindar esta autorización, a menos que todavía no me haya inscrito en Health Net y Health Net busque obtener información relacionada con la determinación de mi elegibilidad para los beneficios o la inscripción, o bien, a menos que Health Net busque la información con fines de aprobación de seguros o calificación de riesgos.
- Tengo derecho a recibir una copia de esta autorización. Una copia tiene la misma validez que el original.

### Sección VII. Reconocimiento

**Al firmar esta autorización, reconozco que he leído y entiendo la información anterior, y que mi firma autoriza la divulgación de la información descrita más arriba.**

\_\_\_\_\_  
(Firma del afiliado, representante personal, padre/madre o tutor)

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
(Nombre del afiliado, representante personal, padre/madre o tutor en letra de molde)

\_\_\_\_\_  
(Relación – descripción de la autoridad para actuar en nombre del afiliado, si corresponde)

Si esta autorización es firmada por cualquier otra persona que no sea el afiliado, Health Net puede requerir la verificación de la autoridad de la persona para actuar en nombre del afiliado antes de que se divulgue cualquier clase de PHI en conformidad con esta autorización. Si esta autorización es firmada por el padre/la madre o el tutor de un afiliado menor, podemos requerir información adicional, incluyendo una autorización aparte firmada por el afiliado menor, antes de divulgar cualquier clase de PHI relativa al afiliado menor.