

Autorización para la divulgación de información médica

Sírvase escribir con letra de imprenta clara en tinta azul o negra.

Este formulario se emplea para divulgar su Información médica protegida (PHI) según lo requerido por las leyes de privacidad federales y estatales. La PHI es información acerca de usted que podría identificarle y se relaciona con su salud o dolencias físicas o mentales pasadas, actuales o futuras y los servicios médicos relacionados. Esto incluye toda la información sobre sus evaluaciones, diagnósticos y tratamientos médicos o los registros de recetas médicas. Su autorización permite que Prestige Health Choice (su compañía aseguradora) divulgue su PHI a la persona u organización que usted elija. Usted puede revocar esta autorización en cualquier momento presentando una solicitud por escrito a Prestige Health Choice. El hecho de revocar esta autorización no afectará ninguna acción que haya tenido lugar antes de recibir su solicitud por escrito.

Usted debe saber lo siguiente:

Este formulario se usa para divulgar su PHI. Al firmar este formulario, usted nos permite usar o compartir su información médica. Esta información podría dar a conocer su identidad frente a otras personas. Su PHI incluye toda la información sobre su salud, tratamientos y medicamentos. La PHI puede hacer referencia a su salud física o mental. Al firmar este formulario, usted otorga su permiso a Prestige Health Choice para que divulgue su PHI a la persona u organización que usted elija. Aunque firme el formulario, igual puede arrepentirse de compartir su información. No tiene más que avisarnos. Infórmenos a través de una carta dirigida a nuestras oficinas. Una vez que recibamos la carta, dejaremos de usar su información. Sin embargo, no podemos volver atrás respecto de la información que hayamos compartido antes de que revocara su autorización. Para obtener más información, comuníquese con Servicios al Miembro al **1-855-355-9800**.

Sección A. Información del miembro

Indíquenos los datos de la persona sobre la cual divulgaremos información.

Nombre (primero, segundo, apellido):	
Número de identificación de miembro:	Fecha de nacimiento (mes/día/año):
Dirección (incluya el código postal):	
Número de teléfono (incluya el código de área):	

Sección B. Información sobre el plan médico

Indíquenos qué organización divulgará su información.

Autorizo a Prestige Health Choice a divulgar mi PHI.
--

Autorización para la divulgación de información médica

Sección C. Información del destinatario

Indíquenos qué persona u organización recibirá su información (adjunte más hojas si lo considera necesario).

Nombre de la persona u organización:	
Número de teléfono (incluya el código de área):	Número de fax (si estuviera disponible):
Dirección (incluya el código postal):	
Nombre de la persona u organización:	
Número de teléfono (incluya el código de área):	Número de fax (si estuviera disponible):
Dirección (incluya el código postal):	

Sección D. Descripción de la información que será divulgada

Indíquenos qué tipo de información podemos compartir. Marque solo una casilla.

- Notas de psicoterapia. Son las notas que toma un profesional de la salud mental. La ley federal requiere una autorización aparte para el uso o divulgación de notas de psicoterapia. (Si marca esta casilla, no podrá marcar ninguno de los siguientes. Podrá completar otro formulario para solicitar que se divulgue otro tipo de información.)
- Toda la información relacionada con el suministro y el pago de mis beneficios o servicios médicos. Esto excluye cualquier período de tiempo durante el cual hubiese estado vigente una dirección de comunicación confidencial.
- Información específica según se describe en el siguiente recuadro:

Ejemplos:

- El reclamo relacionado con el servicio que recibí el [date].
- La información de apelación relacionada con mi reclamo del [date].

--

Nota: Puede que algunas leyes le obliguen a dar su permiso específico para divulgar la información que figura a continuación aunque más arriba haya marcado una casilla. A continuación, sírvase marcar las casillas correspondientes a la información que podemos compartir. Al marcar estas casillas y colocar sus iniciales, está autorizando a Prestige Health Choice para que divulgue dicha información.

<input type="checkbox"/> Información genética	Iniciales:	<input type="checkbox"/> Enfermedad de transmisión sexual	Iniciales:
<input type="checkbox"/> VIH/SIDA	Iniciales:	<input type="checkbox"/> Aborto y planificación familiar	Iniciales:
<input type="checkbox"/> Consumo de drogas o alcohol	Iniciales:	<input type="checkbox"/> Salud mental o del comportamiento	Iniciales:

Explíquenos por qué desea divulgar esta información:
--

Autorización para la divulgación de información médica

Sección E. Vencimiento

Indíquenos cuándo finalizará esta autorización*:

Marque solo una casilla.

Esta autorización vencerá:

- Cuando revoque esta autorización.*
- Cuando termina mi cobertura con Prestige Health Choice.
- En la siguiente fecha o ante el siguiente evento o condición: _____*

* La parte identificada en la Sección B debe recibir una notificación por escrito del evento o condición para cancelar o revocar esta autorización. Este consentimiento está sujeto a ser revocado en cualquier momento, excepto en la medida en que el programa que hará la divulgación ya haya actuado basándose en él.

Sección F. Aprobación

Para que esté completo, usted o su representante personal debe firmar y fechar este formulario.

Comprendo que esta autorización para divulgar información es voluntaria y no condiciona la inscripción en Prestige Health Choice, la elegibilidad para recibir beneficios o el pago de reclamos. También comprendo que, si la persona u organización a la que autorizo a recibir la información descrita con anterioridad no se encuentra sujeta a leyes de privacidad de la información médica, podría divulgar nuevamente la PHI, que ya no estaría protegida por dichas leyes.

Usted debe saber lo siguiente:

Firmar este formulario es una elección suya. Su elegibilidad no cambiará si no firma este formulario. No dejará de ser miembro de Prestige Health Choice. Sin embargo, si no firma este formulario, no podemos compartir su información ni entregar su PHI a las personas que usted desea que la reciban. Es importante saber que la persona u organización que reciba su PHI podría divulgarla nuevamente.

Al firmar a continuación, autorizo que se divulgue mi PHI de acuerdo con lo descrito anteriormente.

Nombre del miembro (en imprenta):
Firma del miembro:
Fecha:

Información del representante personal:

Un representante personal es alguien que tiene autoridad legal para actuar en nombre de un individuo. Una copia de un poder notarial u otra documentación legal deberá quedar archivada en Prestige Health Choice o adjuntarse a este formulario.

Nombre del representante personal en letra de imprenta:	
Descripción de la autoridad del representante:	
Firma del representante personal:	Fecha:
Número de teléfono (incluya el código de área):	

Devuelva el formulario de autorización completado a:

Prestige Health Choice
P.O. Box 7181
London, KY 40742

También puede enviarnos un fax al **1-855-236-9281**.

This information is available for free in other languages. Please contact our customer service number at **1-855-355-9800** or TTY/TDD **1-855-358-5856**, 24 hours a day, 7 days a week.

Esta información está disponible en otros idiomas de forma gratuita. Comuníquese con nuestro número de servicio al cliente al **1-855-355-9800** o TTY/TDD **1-855-358-5856**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

Enfòmasyon sa a disponib gratis nan lòt lang. Tanpri rele sèvis kliyan nou annan nimewo **1-855-355-9800** oswa **1-855-358-5856** pou moun ki pa tande byen, 24 sou 24, 7 sou 7.



La discriminación está en contra de la ley

Prestige Health Choice cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo. Prestige no excluye a las personas ni las trata de modo diferente debido a su raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo.

Prestige:

- Proporciona a las personas con discapacidades, para que puedan comunicarse con nosotros eficazmente, asistencia y servicios gratuitos, tales como:
 - Intérpretes calificados del lenguaje de señas.
 - Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos).
- Proporciona servicios sin cargo a personas cuyo idioma principal no es el inglés, por ejemplo:
 - Intérpretes calificados.
 - Información escrita en otros idiomas.

Si necesita estos servicios, llame a Prestige al **1-855-355-9800 (TTY 1-855-358-5856)**. Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

Si cree que Prestige no ha provisto estos servicios o ha discriminado de otra manera en función de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo, usted puede presentar una queja formal dirigida a:

- Grievance and Appeals, PO Box 7368, London, KY 40742. **1-855-371-8078 (TTY 1-855-371-8079)**, Fax: **1-855-358-5847**.
- Puede presentar una queja formal por correo postal, fax o teléfono. Si necesita ayuda para presentar una queja formal, Servicios al Miembro de Prestige está disponible para ayudarlo.

También puede presentar una queja relativa a los derechos civiles ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE.UU., Oficina de Derechos Civiles (en inglés, *U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights*) de manera electrónica a través del Portal de Quejas sobre Derechos Civiles, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o por correo postal o teléfono a:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201
1-800-368-1019 (TDD 1-800-537-7697)

Los formularios de quejas están disponibles en:
<http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

English: This information is available for free in other languages. Please contact our customer service number at **1-855-355-9800 (TTY/TDD 1-855-358-5856)**, 24 hours a day, seven days a week. If your primary language is not English, or to request auxiliary aids, assistance services are available to you, free of charge.

Spanish: Esta información está disponible en otros idiomas de forma gratuita. Póngase en contacto con nuestro número de servicios al cliente al **1-855-355-9800 (TTY/TDD 1-855-358-5856)**, las 24 horas del día, los siete días de la semana. Si su idioma principal no es el inglés, o necesita solicitar ayudas auxiliares, hay servicios de asistencia a su disposición de forma gratuita.

Haitian Creole: Enfòmasyon sa yo disponib gratis nan lòt lang. Tanpri kontakte ekip sèvis kliyan nou an nan **1-855-355-9800 (1-855-358-5856 pou moun ki pa tande byen yo)**, 24 è sou 24, sèt jou sou sèt. Si anglè pa lang manman w oswa si w ta renmen mande yon èd konplemantè, ou ka resevwa sèvis ki gratis pou ede w.

French: Ces informations sont disponibles gratuitement dans d'autres langues. Veuillez contacter notre équipe service clientèle au **1-855-355-9800 (1-855-358-5856 pour les malentendants)**, 24 heures sur 24, sept jours sur sept. Si l'anglais n'est pas votre langue maternelle ou si vous souhaitez demander une aide auxiliaire, des services d'aide sont gratuitement mis à votre disposition.

Russian: Эта информация доступна бесплатно на других языках и в других форматах. Звоните в Отдел обслуживания клиентов по тел. **1-855-355-9800 (TTY/TDD 1-855-358-5856)** — круглосуточно и без выходных. Если ваш родной язык не английский или вы хотели бы запросить дополнительную помощь, вы можете воспользоваться бесплатными услугами перевода.

Italian: Queste informazioni sono disponibili gratuitamente in altre lingue. Chiamate il nostro servizio clienti al numero **1-855-355-9800 (non udenti 1-855-358-5856)** 24 ore al giorno, sette giorni su sette. Se la vostra prima lingua non è l'inglese, o per richiedere attrezzature di supporto sensoriale, sono disponibili servizi d'assistenza, gratuitamente.

Vietnamese: Thông tin này có sẵn miễn phí ở các ngôn ngữ khác. Vui lòng liên lạc bộ phận dịch vụ khách hàng của chúng tôi theo số **1-855-355-9800 (TTY/TDD 1-855-358-5856)**, 24 giờ một ngày, bảy ngày trong tuần. Nếu ngôn ngữ chính của quý vị không phải là tiếng Anh, hoặc để yêu cầu các thiết bị trợ giúp bổ sung, thì quý vị có thể sử dụng miễn phí các dịch vụ hỗ trợ.

Portuguese: Estas informações estão disponíveis gratuitamente em outros idiomas. Por favor, entre em contato com o nosso serviço de atendimento ao cliente pelo número **1-855-355-9800 (TTY/TDD 1-855-358-5856)**, 24 horas por dia, sete dias por semana. Se o seu idioma principal não for o inglês, ou se você precisar solicitar recursos auxiliares para deficientes, os serviços de assistência estão disponíveis gratuitamente para você.

Chinese Mandarin: 这些信息还免费以其他语言提供。请随时联系我们的客户服务电话 **1-855-355-9800 (TTY/TDD 1-855-358-5856)**，该电话每周 7 天、每天 24 小时全天候提供服务。如果您的母语不是英语，或者需要请求辅助设备，您可以免费获得援助服务。

Chinese Cantonese: 這份資訊還免費以其他語言提供。請隨時聯絡我們的客戶服務電話 **1-855-355-9800 (TTY/TDD 1-855-358-5856)**，該電話每周 7 天、每天 24 小時全天候提供服務。如果您的母語不是英語，或者需要請求輔助設備，您可以免費獲得援助服務。

Tagalog: Makukuha nang libre ang impormasyong ito sa mga iba pang wika. Mangyaring makipag-ugnay sa numero ng customer service sa **1-855-355-9800 (TTY/TDD 1-855-358-5856)**, 24 na oras sa isang araw, pitong araw sa isang linggo. Kung hindi Ingles ang inyong pangunahing wika, o upang humiling ng mga kagamitang pantulong, may matatanggap kayong libreng serbisyo sa pagsasalain sa wika.

Arabic:

يمكنك الحصول على هذه المعلومات بلغات أخرى مجانًا. لطلب مساعدات وخدمات إضافية يُرجى الاتصال بخدمة العملاء على الرقم **1-855-355-9800 (الهاتف النصي/للصم 1-855-358-5856)**، على مدار 24 ساعة في اليوم، سبعة أيام في الأسبوع. تتوفر لك خدمات لغوية مجانية إذا كانت لغتك الأساسية ليست الإنجليزية أو إذا طلبت مساعدات إضافية.

German: Diese Information wird kostenlos in anderen Sprachen angeboten. Bitte setzen Sie sich unter der Rufnummer **1-855-355-9800** (für TeleTypewriter/Telekommunikationsgeräte [TTY/TTD] **1-855-358-5856**) mit unserem Kundendienst in Verbindung, der Ihnen an sieben Tagen der Woche 24 Stunden lang zur Verfügung steht. Falls Englisch nicht Ihre Muttersprache ist, können Sie eine kostenlose Sprachhilfe nutzen.

Korean: 본 정보는 다른 언어로도 무료로 제공됩니다. 주 7일 하루 24시간 운영되는 고객 서비스 **1-855-355-9800 (TTY/TDD 1-855-358-5856)** 번으로 연락하시기 바랍니다. 영어가 모국어가 아니거나 장애인 보조 장치 및 서비스가 필요하신 경우, 무료로 지원 서비스가 제공됩니다.

Polish: Poniższa informacja jest dostępna bezpłatnie w innych językach i formatach. Prosimy o kontakt z Działem obsługi klienta pod numerem telefonu **1-855-355-9800 (TTY/TDD 1-855-358-5856)**, 24 godziny na dobę, siedem dni w tygodniu. Jeśli angielski nie jest Twoim pierwszym językiem lub w celu uzyskania dodatkowej pomocy, możesz korzystać z bezpłatnej obsługi w tym zakresie.

Gujarati: આ માહિતી મફતમાં અન્ય ભાષાઓમાં ઉપલબ્ધ છે. કૃપા કરીને અમારી ગ્રાહક સેવાના નંબર **1-855-355-9800 (ટીટીઆઇ/ટીડીડી 1-855-358-5856)**, દિવસમાં 24 કલાક, અઠવાડિયાના સાત દિવસો નો સંપર્ક કરો. જો તમારી પ્રાથમિક ભાષા અંગ્રેજી નથી, અથવા ઉપયોગી સાધનોની વિનંતી કરવા માટે, તમારા માટે સહાયક સેવાઓ નિ:શુલ્ક ઉપલબ્ધ છે.

Thai: ข้อมูลนี้สามารถใช้ได้ฟรีในภาษาอื่น ๆ โปรดติดต่อหมายเลขบริการลูกค้าของเราที่หมายเลข **1-855-355-9800 (TTY/TDD 1-855-358-5856)** ได้ตลอด 24 ชั่วโมงทุกวัน สัปดาห์ละ 7 วัน หากภาษาหลักของคุณไม่ใช่ภาษาอังกฤษหรือต้องการติดต่อขอรับบริการเสริมคุณสมารถเข้ารับความช่วยเหลือได้โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย

Japanese: この情報は他の言語でも無料でご利用いただけます。年中無休で対応しておりますので、弊社カスタマーサービスのフリーダイヤル **1-855-355-9800 (TTY/TDD 1-855-358-5856)** までお問い合わせください。母国語が英語でない場合は、無料のサービスをご利用いただけます。