

**Molina Healthcare of New Mexico**

**AUTORIZACIÓN PARA UTILIZAR Y DIVULGAR LA INFORMACIÓN  
PROTEGIDA SOBRE LA SALUD**

**Por la presente autorizo que se utilice o se divulgue la información protegida sobre mi salud que se describe a continuación.** Comprendo que la información que yo autorizo que reciba una persona o entidad puede ser divulgada de nuevo y ya no estará protegida bajo las leyes y regulaciones estatales y federales.

1. Dénos una descripción específica de la información protegida sobre la salud que se permite utilizar o divulgar:

---

---

---

2. Se permite utilizar o divulgar la información protegida sobre la salud para el fin (los fines) que se enumera(n) a continuación:

---

---

---

3. Las personas u organizaciones que se autorizan para utilizar o divulgar la información protegida sobre la salud se enumeran a continuación:

---

---

---

4. Las personas u organizaciones que se autorizan para recibir la información protegida sobre la salud se enumeran a continuación:

---

---

---

5. Las personas u organizaciones que se autorizan para utilizar o divulgar la información protegida sobre la salud serán remuneradas por hacerlo. Sí  No

6. Comprendo que esta autorización se hace voluntariamente y que yo puedo rehusar firmar esta autorización. El hecho de que rehúse firmarla no afectará mi elegibilidad para recibir beneficios o para inscribirme; tampoco afectará el pago por servicios médicos y la cobertura de los mismos, o la capacidad para obtener tratamientos, con la excepción de las estipulaciones que se presentan en los números siete y ocho de esta planilla.

7. Si el fin de esta autorización es que Molina Healthcare determine mi elegibilidad antes de mi inscripción, el uso o la divulgación que se solicita no se trata de notas de psicoterapia y

yo rehúso firmar esta autorización, Molina Healthcare reserva el derecho a denegar la inscripción o la elegibilidad para recibir los beneficios del plan.

8. Si el fin de esta autorización es divulgar la información sobre la salud de otra persona y se basa en la atención médica que se aporta sólo para obtener dicha información, y yo rehúso firmar esta autorización, Molina Healthcare reserva el derecho de denegar esa atención médica.
9. Comprendo que puedo inspeccionar o copiar la información que se utilice o que se divulgue.
10. Comprendo que tengo derecho a revocar esta autorización en cualquier momento, notificando por escrito a Molina Healthcare, salvo:
  - a) si se ha tomado una acción basándose en esta autorización; o
  - b) si se obtiene esta autorización como condición para recibir la cobertura del seguro de salud; sin embargo, existe una ley le otorga al plan de seguro de salud el derecho de oponerse a una reclamación bajo los beneficios o la cobertura del plan.
11. Comprendo que tengo derecho a solicitar y recibir una copia de la Notificación sobre las Prácticas de Privacidad de Molina Healthcare.
12. Esta autorización se vence el [al] \_\_\_\_\_ [ANOTE LA FECHA O NOMBRE EL ACONTECIMIENTO QUE SEA APLICABLE]

---

**Firma del miembro del plan o de su representante**

---

**Date**

---

**Nombre del miembro del plan o de su representante, escrito en letra de molde**

---

**Su relación con el miembro del plan, o del representante que debe actuar en nombre del miembro del plan, si es aplicable**

Se le proporcionará una copia firmada de esta planilla al miembro del plan.