



AUTORIZACIÓN PARA EL USO Y DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA

Nómbre del Miembro: _____ Número de Identificación del Miembro: _____

Dirección del Miembro: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Ciudad/Estado/Código Postal: _____ Teléfono: _____

Por la presente, autorizo el uso o la revelación de mi información protegida de salud como se describe a continuación.

1. Nómbrre de las personas u organizaciones autorizadas para el uso solicitado o la divulgación de información de salud protegida:

2. Nómbrre de las personas u organizaciones autorizadas para recibir la información de salud protegida:

3. Descripción específica de información protegida de salud que pueden ser utilizados/revelados:

4. La información de salud protegida será utilizada/divulgada para los siguientes propósitos(s):

5. La persona u organización autorizada para utilizar o divulgar la información protegida de salud recibirá una indemnización por ello. Si _____ No _____

6. Entiendo que esta autorización es voluntaria y que puedo negarme a firmar esta autorización. Mi negativa a firmar no afectará mi elegibilidad para recibir beneficios o la inscripción, el pago o cobertura de los servicios, o la habilidad para obtener tratamiento, excepto lo dispuesto en los números 7 y 8 de este formulario.

7. Molina Healthcare podrá condicionar la presentación de la investigación relacionada con el tratamiento en mi disposición de una autorización para el uso o la divulgación de ISP para tales investigaciones.
8. Si el propósito de esta autorización es para divulgar información de salud a otro partido se basa en la atención que se proporciona únicamente para obtener dicha información, y me niego a firmar esta autorización, Molina Healthcare se reserva el derecho de negar la atención de la salud.
9. Entiendo que tengo derecho a recibir una copia de esta autorización, si es solicitada por mi.
10. Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento notificando por escrito a Molina Healthcare, excepto en la medida en que:
 - a) acción ha sido tomada en relación con esta autorización, o
 - b) si esta autorización se obtiene como condición para obtener cobertura de atención médica, otra ley establece el plan de salud con el derecho a impugnar una reclamación en virtud de los beneficios o la cobertura del plan.
11. Entiendo que la información que yo autorice a una persona o entidad que reciba puede que ya no esté protegida por la ley y reglamentos federales.
12. Esta autorización expirará en la siguiente fecha o evento * : _____
 * Si no hay fecha de vencimiento o evento, se especifica anteriormente, esta autorización expirará en 12 meses desde la fecha de la firma a continuación..

 Firma del Miembro o Miembros del Representante
 Personal

 Fecha

 Imprimir Nombre del Miembro o Representante
 Personal del Miembro, si es aplicable

 Relación con el miembro o la autoridad del
 representante personal para actuar en lugar del
 miembro, si es aplicable

Una copia de este formulario firmado se proporcionará a los miembros, si la autorización fue solicitada por Molina Healthcare.