



## Autorización para el uso y la divulgación de información médica protegida

Nombre del Miembro: \_\_\_\_\_ Núm. de ID del Miembro: \_\_\_\_\_

Dirección del Miembro: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Ciudad/Estado/Código postal: \_\_\_\_\_ Núm. de Teléfono: \_\_\_\_\_

**Por medio del presente documento, autorizo el uso o la divulgación de mi información médica protegida (Protected Health Information, PHI) según lo que se indica a continuación.**

1. Nombre de las personas/organizaciones autorizadas para utilizar o divulgar la información médica protegida solicitada:

\_\_\_\_\_  
Molina Healthcare  
\_\_\_\_\_

2. Nombres y direcciones de las personas u organizaciones autorizadas para recibir o utilizar la información médica protegida:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

3. Descripción de la información médica protegida que se puede utilizar/divulgar\*:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\* Comprendo que esto puede incluir PHI relacionada con los siguientes aspectos:

Enfermedades de transmisión sexual.

VIH/SIDA.

Otras enfermedades contagiosas.

Enfermedades de salud mental o conductual.

Remisión y/o tratamiento para el abuso de alcohol y drogas (según lo permitido en el Título 42 del Código de Regulaciones Federales [Code of Federal Regulations, CFR], Parte 2).

4. La información médica protegida se utilizará o divulgará para los siguientes fines:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

5. Comprendo que:

- a. Esta autorización es voluntaria.
- b. No es necesario que firme este formulario. Puedo rechazarlo.
- c. En caso de negarme a firmar, esto no afectará ninguno de los siguientes aspectos: Mi elegibilidad para obtener beneficios o realizar la inscripción.  
Pago de servicios.  
Mi capacidad para recibir tratamiento.
- d. Tengo derecho a obtener una copia de este formulario. Debo solicitar una copia.
- e. Puedo revocar esta autorización en cualquier momento. Para hacerlo, debo informar a Molina por escrito. Dicha revocación no se aplicará a las acciones que Molina haya tomado en función de esta autorización.
- f. La información médica protegida a la que puede acceder una persona o entidad autorizadas por mí puede dejar de estar protegida por las leyes y regulaciones federales.

6. Esta autorización vence en la siguiente fecha o en el siguiente caso\* \_\_\_\_\_

*\* Si no se indicó anteriormente, esta autorización caducará 12 meses después de la fecha que se indica a continuación.*

\_\_\_\_\_  
Firma del miembro o su representante personal

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre del Miembro en Letra de Molde

**Nombre del Representante Personal, si corresponde (en letra de molde):** \_\_\_\_\_

Relación con el Miembro:  Padre o Madre       Tutor Legal\*       Titular del Poder Notarial\*

Otro, describa: \_\_\_\_\_

**\* Adjunte documentación legal si es el tutor legal o el titular del poder notarial para las decisiones de salud**

**Se entregará una copia de este formulario firmado al miembro, si lo solicitó Molina.**