



**AUTORIZACIÓN PARA EL USO Y LA DIVULGACIÓN DE LA  
INFORMACIÓN PROTEGIDA SOBRE SU SALUD**

<b>Nombre del miembro del plan:</b>			<b>Nº de identificación del miembro del plan:</b>
<b>Dirección del miembro del plan:</b>			<b>Fecha de nacimiento:</b>
<b>Ciudad:</b>	<b>Estado:</b>	<b>Código Postal:</b>	<b>Nº de teléfono:</b>

**Autorizo el uso y la divulgación de la información protegida sobre mi salud (IPS) conforme a lo que se indica a continuación.**

1. Nombre y dirección de la entidad de *Molina Healthcare (Molina)* que está autorizada para utilizar o divulgar la IPS:

---

---

1. Nombre y dirección de la persona o organización que se autoriza para recibir o utilizar la IPS:

---

---

---

2. Descripción de la IPS cuyo uso o divulgación autorizo por la presente\*:

---

---

---

\*Sé que eso puede abarcar la IPS que corresponda a:

- Enfermedades de transmisión sexual;
- VIH/SIDA;
- Otras enfermedades contagiosas;
- Enfermedades mentales o del comportamiento; y
- Derivación o tratamiento (o ambos) para la adicción a las bebidas embriagantes o las drogas (según se permita bajo la segunda parte del 42 CFR)

3. Autorizo que se utilice o se divulgue la IPS para el(los) fin(es) que se indica(n) a continuación:

---

---

4. Sé que:

- a. Esta autorización se hace voluntariamente.
- b. No estoy bajo ninguna obligación de firmar este formulario. Puedo rehusar hacerlo.
- c. Si rehúso firmar este formulario, no afectará lo siguiente:
  - Mi elegibilidad para recibir los beneficios que ofrece el plan o mi inscripción en el plan;
  - Los pagos por los servicios; o
  - Mi elegibilidad para recibir atención médica y tratamientos
- d. Tengo derecho a recibir una copia de este formulario, si así lo solicito.
- e. Puedo revocar esta autorización en cualquier momento. A fin de revocarla, debo avisar, por escrito, a *Molina Healthcare*. Dicha revocación no afectará las acciones que ya haya tomado *Molina Healthcare* mientras estaba en vigor esta autorización.
- f. La IPS cuyo uso y divulgación, ya sea por una persona o una entidad, autorizo por la presente tal vez ya no sea protegida por leyes y regulaciones federales.

6 Esta autorización caducará en la fecha que se indica a continuación o cuando suceda el siguiente acontecimiento:

---

*\*A menos que se indique en esa línea, esta autorización caducará en doce meses, a partir de la fecha que aparece más abajo.*

---

Firma del miembro del plan o de su representante personal

---

Fecha

---

**Nombre del representante personal, si corresponde (sírvese escribir en letra de molde):**

Parentesco o asociación con el miembro del plan:  Papá o mamá  Tutor legal\*  Apoderado\*

Algún otro parentesco o asociación (sírvese describirlo):

---

**\* Sírvase adjuntar documentos legales justificativos si usted es el tutor legal o el apoderado del paciente para fines de decisiones con respecto a la atención médica.**

**Una vez que se firme este formulario, se le dará una copia al del miembro del plan, si *Molina Healthcare* solicitó la autorización.**

## **Información para comunicarse con nosotros**

Si usted tiene alguna pregunta, sírvase comunicarse por correo o por teléfono con:

Molina Healthcare of New Mexico

Attn: Compliance Department

[Atención: Departamento de Cumplimiento Reglamentario]

P.O. Box 3887

Albuquerque, NM 87190

(505) 348-0461 o a nuestra línea telefónica gratis: (800) 377-9594

---