



## 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.**