



Consentimiento para la divulgación de la información protegida de salud (PHI, por sus siglas en inglés)

Este formulario se utiliza para autorizar a CarePlus a comunicar la información protegida de salud a la(s) persona(s) u organización que se menciona(n) a continuación.

Información del Afiliado (la persona cuya información será divulgada):

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____
Primer Segundo Apellido Día / Mes / Año

Dirección: _____
Dirección Ciudad Estado Código Postal

Identificación de Afiliado: _____ Número de teléfono (con código de área): _____
 Casa Celular*

Entiendo que esta autorización permitirá que CarePlus y sus afiliadas utilicen o divulguen cualquier información protegida de salud** que mantengan CarePlus y sus afiliadas, incluidos los registros de salud mental, VIH, estado de salud o abuso de sustancias. Esto también incluye compartir la información relacionada con los pedidos de farmacia de pedido por correo, productos de bienestar y programas de salud con personas autorizadas.

Esta información puede ser revelada, y usada, por las siguientes personas u organizaciones:

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Relación: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____

Estado: _____ Código Postal: _____ Teléfono: _____
 Casa Celular*

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Relación: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____

Estado: _____ Código Postal: _____ Teléfono: _____
 Casa Celular*

Entiendo que:

Este consentimiento tendrá validez hasta que yo lo cancele. Puedo cancelar mi consentimiento en cualquier momento si presento un aviso por escrito a CarePlus. La cancelación del consentimiento no incluirá ninguna información previamente divulgada en esta autorización. CarePlus no puede evitar que la persona u organización con acceso a la información la divulgue una vez se comparta. Además, es posible que esta información no esté amparada por las normas federales de privacidad.

No estoy obligado a firmar este consentimiento, y CarePlus no puede basar sus decisiones sobre tratamiento o pagos en función de si firmo o no.

Fecha: _____

Firma del Afiliado o del Representante Legal: _____
 Afiliado Representante legal

Tenga en cuenta: Los representantes legales deben adjuntar copias de las autorizaciones según lo exige la ley. Entre los ejemplos se encuentran: poder notarial para servicios de cuidado de la salud, apoderado para la toma de decisiones sobre el cuidado de la salud, testamento en vida o documentos de tutela legal.

Después de que complete y firme el formulario, envíelo por fax al 1-855-819-8679. O, si lo prefiere, envíe su formulario completado a: CarePlus Health Plans, Inc., PO Box 14733, Lexington, KY 40512-4642.

* Al dar su número de teléfono celular, usted está dando permiso a CarePlus a llamar a su teléfono celular

** Salud incluye información de cuidado médico, dental, de farmacia, de salud de comportamiento, de la vista y cuidado a largo plazo

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a Servicios para Afiliados al 1-800-794-5907; TTY: 711. Desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo, atendemos los 7 días de la semana de 8 a.m. a 8 p.m. Desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre, atendemos de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. Usted también puede dejar un mensaje de voz fuera del horario de atención, sábados, domingos y feriados, y le devolveremos la llamada dentro de un día hábil.

CarePlus Health Plans, Inc. cumple con las leyes de derechos civiles federales correspondientes y no discrimina por motivos de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad, sexo, orientación sexual, género, identidad de género, ascendencia, estado civil o religión en sus programas y actividades, incluyendo la admisión o el acceso a, o el tratamiento y el empleo en, sus programas y actividades. Para cualquier consulta sobre las políticas de no discriminación de CarePlus y/o para presentar una queja, también conocida como queja formal, favor de comunicarse con Servicios para Afiliados al 1-800-794-5907 (TTY: 711).

English: This information is available for free in other languages. Please call our Member Services number listed above.

Kreyòl Ayisyen (French Creole): Enfòmasyon sa a disponib gratis nan lòt lang. Tanpri rele nimewo Sèvis pou Manm nou yo ki nan lis anwo an.