

Autorización para el uso y divulgación de información de salud protegida

INSTRUCCIONES: Debe completar toda la información. Si la forma no está completa, esta autorización le será devuelta. Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda para completar este formulario, póngase en contacto con Servicios al Miembro al (805) 981-5050.

Sección 1: Información del miembro/paciente

Nombre del miembro/paciente:	Fecha de nacimiento:
Número de Identificación del miembro de VCHCP:	Número de teléfono:
Domicilio:	
Ciudad:	Código postal:

Sección 2: Información importante sobre esta Autorización a divulgar información

Propósito: Autorizo al Ventura County Health Care Plan (VCHCP) a divulgar la información descrita en la Sección 3 a continuación a la(s) persona(s) autorizada(s) nombradas en la Sección 4. He pedido que esta información sea divulgada a la(s) persona(s) autorizada(s) con el propósito de responder a cualquier pregunta referente a mis beneficios de salud.

Indemnización: Por este medio, libero a VCHCP de cualquier y toda responsabilidad asociada con la divulgación de dicha información y registros a la persona autorizada, accediendo además a indemnizar y liberar a VCHCP de daño y, de ser necesario, defender a VCHCP en un tribunal, de cualquier reclamo que surja del revelado de información conforme a esta autorización.

Autorización voluntaria: Esta autorización es voluntaria. VCHCP no condicionará mi inscripción, elegibilidad para beneficios o pago de reclamos al otorgar esta autorización.

Re-divulgación de información: Entiendo que la(s) persona(s) autorizada(s) que reciba mi información de salud protegida conforme a esta autorización puede divulgar aún más la información de salud protegida sobre mi salud, la cual ya no estará protegida por las leyes federales de privacidad de información sobre la salud.

Sección 3: Información divulgada

Por favor marque una de las casillas a continuación. Si no selecciona nada, VCHCP revelará Información General de Cuidado de la Salud como se describe a continuación.

- ☐ **Información General de Cuidado de la Salud** - VCHCP podrá revelar a la(s) persona(s) autorizada(s) toda la información y registros que podrían ser entregados a mí en mi solicitud. **Esto podrá incluir información médica y de salud mental e información relacionada con el tratamiento de alcohol o abuso de sustancias, VIH/SIDA y/o enfermedades de transmisión sexual.**
- ☐ **Otros** — (Por favor sea específico. Usted puede identificar la información por fecha de servicio, nombre del proveedor o diagnóstico específico):

Autorización para el uso y divulgación de información de salud protegida

Sección 4. Persona(s) autorizada – La autorización sólo podrá concederse a un individuo, no a una organización.

Proporcione la siguiente información para cada persona que esté autorizada a recibir su información médica protegida identificada anteriormente. Incluya el domicilio completo y especifique la relación con el paciente. Por favor utilice letra de molde.

Nombre:	
Relación con el paciente:	Teléfono:
Domicilio:	
Ciudad:	Código Postal:

Nombre:	
Relación con el paciente:	Teléfono:
Domicilio:	
Ciudad:	Código Postal:

Nombre:	
Relación con el paciente:	Teléfono:
Domicilio:	
Ciudad:	Código Postal:

Autorización para el uso y divulgación de información de salud protegida

Sección 5. Caducidad

A menos que sea revocada, esta autorización será válida a partir de la fecha de mi firma, hasta la fecha en que yo ya no esté asegurado por VCHCP o en la fecha especificada a continuación (si la hubiera), lo que ocurra primero.

Esta autorización caducará el (especificar fecha si es aplicable)_____.*

* Cualquier autorización referente a un menor de edad menor de 12 años automáticamente caducará cuando dicho menor cumpla 12 años. El menor podrá completar una autorización cuando la autorización caduque.

Sección 6. Revocación

Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento enviando un aviso por escrito de mi revocación a VCHCP ATTN: Privacy Officer en 2220 E. Gonzales Rd. #210 – B, Oxnard, CA 93036. Entiendo que la revocación de esta autorización no afectará ninguna acción de VCHCP, como consecuencia de esta autorización, antes de recibir mi notificación escrita de revocación.

Sección 7. Firma

He tenido toda la oportunidad de leer y considerar el contenido de esta autorización y confirmo que el contenido coincide con mi instrucción para VCHCP. Entiendo que al firmar este formulario, estoy confirmando mi autorización para que VCHCP pueda usar y/o divulgar la información médica protegida descrita en este formulario a la(s) persona(s) autorizada(s) mencionada anteriormente.

Firma del Miembro/Paciente**:_____ Fecha: _____

**** Si el Miembro/Paciente es un menor entre 12 a 18 años de edad, él/ella deberá autorizar la divulgación de cierta información de salud protegida, aún cuando sea un progenitor o tutor legal quien solicite la información. Si la persona autorizada no es uno de sus padres, y la autorización es para información que no sea tratamiento para salud mental, abuso de sustancias y/o enfermedades de transmisión sexual, el padre/madre también deberá firmar esta autorización. El padre/madre deberá firmar como un representante personal, a continuación.**

Si usted es un representante personal (Padre, Guardián Legal, agente que actúa bajo un Poder Duradero para el Cuidado de la Salud, o Ejecutor o Administrador de Bienes) firmando en nombre del Miembro/Paciente, complete lo siguiente y adjunte documentación (si corresponde) confirmando dicha representación personal:

Nombre de Representante Personal: _____

Relación con el Miembro/Paciente o la Autoridad para actuar como Representante Personal: _____

Por favor conserve una copia de este documento para sus registros y envíe el original a VCHCP.

Correo: VCHCP

**Attn: Member Services
2220 E. Gonzales Road, Suite 210B
Oxnard, CA 93036**

Fax: (805) 981-5051

Correo electrónico: VCHCP.Memberservices@venturacounty.gov