



## 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: \_\_\_\_\_  
Calle 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:

- No tengo la obligación de firmar este consentimiento, y CarePlus no puede basar sus decisiones sobre tratamiento, pagos, inscripción o elegibilidad para beneficios en función de que lo presente.
- Las divulgaciones pueden incluir información de proveedores de tratamiento pasados, actuales o futuros.
- Este consentimiento es válido hasta que yo cancele mi afiliación a CarePlus. Puedo cancelar mi consentimiento en cualquier momento a través de mi cuenta de MyCarePlus, llamando a Servicio al cliente, o enviando un aviso por escrito a CarePlus.
- Si cancelo mi consentimiento, no se aplicará a ninguna información previamente divulgada con esta autorización. Una vez que se comparte la información, CarePlus no puede evitar que la persona u organización que tiene acceso a la información la comparta con terceros, y es posible que esta información no esté protegida por las reglamentaciones de privacidad federales.
- 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.

Firma del Afiliado o del Representante Legal: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
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.