

**Importante:** Al completar todas secciones de este formulario, usted autoriza a Beacon Health Options, Inc. (Beacon) a divulgar información de salud a las personas que usted identifique durante un lapso de hasta un año. Puede autorizar a Beacon a compartir información de salud con sus familiares, proveedores, representante legal o **cualquier persona** que usted desee que tenga acceso. Debe completar todas las secciones, porque los formularios incompletos serán devueltos.

*Importante:* También es importante que su médico tenga acceso a su información de salud para garantizar que usted reciba la mejor atención posible, incluida la atención de seguimiento que fuera necesaria. Para autorizar a Beacon a enviar su información de salud a su médico, complete y firme este formulario. Únicamente enviaremos información relativa a su salud.

**Si su solicitud se refiere a información sobre abuso de alcohol y otras sustancias, preste especial atención a las instrucciones en las secciones correspondientes.**

### SECCIÓN 1: ¿A QUIÉN PERTENECE LA INFORMACIÓN DE SALUD QUE SERÁ DIVULGADA?

Yo, \_\_\_\_\_ (**Nombre del afiliado**) autorizo a Beacon (o cualquier filial de Beacon Health Options que tenga mi información) a divulgar mi información de salud, tal como se indica a continuación.

**Información adicional de identificación del afiliado** N.º identif. del afiliado: \_\_\_\_\_

F. de nac.: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Nombre del plan de salud: \_\_\_\_\_

### SECCIÓN 2: ¿QUIÉN RECIBIRÁ ESTA INFORMACIÓN DE SALUD?

Escriba en letra de imprenta el nombre de la persona, proveedor o entidad que recibirá su información y la información de contacto (si la conoce):

---

---

---

Teléfono de la persona que recibirá la información: \_\_\_\_\_

¿Está de acuerdo con que se incluya información de proveedores anteriores, actuales o futuros?  Sí  No

### SECCIÓN 3: ¿POR QUÉ DEBERÍA DIVULGARSE ESTA INFORMACIÓN DE SALUD?

Motivo ("Por pedido mío" no es una respuesta válida):

---

---

Detalle, de ser posible:  Coordinación/Administración de atención  Asistencia con reclamos  Revisión de la calidad de la atención

Otros (Explique el motivo): \_\_\_\_\_

### SECCIÓN 4: ¿QUÉ TIPO DE INFORMACIÓN DE SALUD SERÁ DIVULGADO?

**AL INCLUIR SUS INICIALES** en los puntos de las siguientes páginas, usted autoriza a Beacon a divulgar los tipos específicos de información a la parte identificada en la sección 2 anterior:

\_\_\_\_ Información/registros de salud mental (**INICIALES OBLIGATORIAS**)

\_\_\_\_ Información o registros sobre abuso de alcohol u otras sustancias (**INICIALES OBLIGATORIAS**)

**Opcional:**  Información sobre reclamos  Autorizaciones  Explicación de cartas de beneficios

Información sobre rechazos/apelaciones  Notas clínicas

\_\_\_\_ Información o registros sobre VIH/SIDA (**INICIALES OBLIGATORIAS**)

\_\_\_\_ Otra información de salud; especifique (**INICIALES OBLIGATORIA**) \_\_\_\_\_

Instrucciones especiales, si hubiera (puede especificar proveedor, rango de fecha, tipo de servicio, etc.):

### SECCIÓN 5: ¿QUÉ VIGENCIA TENDRÁ ESTA AUTORIZACIÓN?

Esta autorización tendrá un vigencia de **un año** o hasta que yo la revoque, de la manera descrita a continuación o hasta (**insertar fecha de caducidad o acontecimiento**) \_\_\_\_\_ (lo que resulte más corto).

### SECCIÓN 6: ¿CUÁLES SON MIS DERECHOS?

- Usted tiene derecho a solicitar una copia de este formulario y a solicitar una copia de la información que se va a divulgar.
- No es necesario que firme esta autorización, y negarse a hacerlo no afectará sus beneficios, salvo que esta autorización sea necesaria para establecer sus beneficios.
- La información divulgada por esta autorización puede correr el riesgo de ser redivulgada por del destinatario. Si esto sucediera, podría dejar de estar protegida por las leyes federales de privacidad.
- Usted tiene derecho a revocar esta autorización en cualquier momento. ***Pero si usted revoca esta autorización, la revocación no afectará la información ya divulgada por Beacon al destinatario.***
- Si usted autorizó la divulgación de información sobre abuso de alcohol u otras sustancias a una organización de atención de la salud que no es el proveedor que lo atiende, durante los dos próximos años, usted tiene derecho a saber quién dentro de esa organización consultó su información. Debería contactar directamente a la organización acerca de esa información.

Tenga en cuenta que si autorizó la divulgación ÚNICAMENTE de registros sobre abuso de alcohol u otras sustancias, usted puede revocar esta autorización de manera verbal. La revocación de todos los demás tipos de registros de salud debe realizarse por escrito.

\_\_\_\_\_  
Firma del afiliado o del representante legal autorizado del afiliado\*

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre en letra de imprenta

\* **NOTA:** Si usted firma como representante legal autorizado del paciente, adjunte una copia del documento legal pertinente que le otorga dicha autoridad. Por ejemplo, un poder legal de atención médica, una orden judicial, documentación de custodia legal, etc. Un poder legal financiero o comercial NO es suficiente.

Si tiene alguna pregunta o para saber dónde enviar su solicitud por correo o fax, puede llamar al número de teléfono de los servicios de salud conductual, salud mental o de abuso de sustancias, que se encuentra en su tarjeta de afiliado.