SecurityHealth Plan℠
Promises kept, plain and simple.®

1515 North Saint Joseph Avenue
P.O. Box 8000
Marshfield, WI 54449-8000

1.800.472.2363 | 715.221.9555
TTY 711 | Fax: 715.221.9500

Autorización de la HIPAA para usar y divulgar información de salud protegida

Formulario para utilizar en caso de que el miembro desee permitir la divulgación de información a un tercero.
Se deben completar las secciones A, B y D. Se requiere una firma en la página 2 para que la autorización sea válida.

Sección A: información sobre el miembro de Security Health Plan en cuestión

Nombre (apellido, nombre, segundo nombre) _____Número de suscriptor . _____

Dirección _____

Teléfono (_____) _____ Fecha de nacimiento (m/d/a) ____ /____ /_____

MI INFORMACIÓN DE SALUD. La información de salud que está sujeta a esta autorización consiste en toda la información de salud sobre mí creada o recibida por Security Health Plan, incluidos los siguientes tipos de registros: médicos, dentales, de abuso de alcohol o sustancias, psiquiátricos/psicológicos (excluidas las notas de psicoterapia*), discapacidades del desarrollo, administración médica o de casos, facturación, pago, reclamos e inscripción. Incluye registros del diagnóstico realizado por un miembro de la profesión médica o del tratamiento del síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) o del complejo relacionado con el SIDA (ARC). No incluye ningún registro de pruebas en sitios de asesoramiento y pruebas anónimos o mediante el uso de un kit de prueba casera anónimo para detectar la presencia del virus de inmunodeficiencia humana (VIH), antígenos y productos no antigénicos del VIH o anticuerpos contra el VIH.

* Las notas de psicoterapia son notas registradas por un profesional de salud mental que documenta o analiza la conversación durante una sesión de asesoramiento privada, grupal, conjunta o familiar y que están separadas del resto de mi historial médico. Las notas de psicoterapia no incluyen la prescripción y la supervisión de los medicamentos, los horarios de inicio y finalización de las sesiones de asesoramiento, los tipos y frecuencias de tratamiento, los resultados de las pruebas clínicas ni ningún resumen del diagnóstico, estado funcional, plan de tratamiento, síntomas, pronóstico o progreso hasta la fecha.

Sección B: personas que desea que tengan acceso a su información

DIVULGACIÓN AUTORIZADA. Autorizo a Security Health Plan a divulgar mi información de salud descrita anteriormente a las siguientes personas:

Nombres _____ Relación con el miembro_____

Dirección _____ Teléfono (_____) _____

Nombres _____ Relación con el miembro_____

Dirección _____ Teléfono (_____) _____

Nombres _____ Relación con el miembro_____

Dirección _____ Teléfono (_____) _____

para los siguientes fines específicos: asuntos de pago, incluidos el manejo de reclamos, las solicitudes de autorización previa, las consultas sobre membresía e inscripción; operaciones de atención médica, incluidos el servicio al cliente, los asuntos de reclamos o apelaciones, la coordinación de la atención y los fines adicionales, según se describe.

Se pueden agregar nombres adicionales en una página separada.

(continuación)

 © 2024 Security Health Plan of Wisconsin, Inc. Todos los derechos reservados. Blanco: Servicio al Cliente Amarillo: Individual
Se requiere autorización por escrito de Security Health Plan of Wisconsin, Inc.
para reproducir o divulgar este documento de cualquier forma o a través de cualquier medio.

Sección C: plazo y otra información

PLAZO. Esta autorización permanecerá vigente hasta la siguiente fecha o que ocurra el siguiente evento

_____, (indique una fecha/evento o déjelo en blanco) o hasta que ya no esté cubierto por Security Health Plan, lo que ocurra primero, a menos que revoque esta autorización por escrito (en cualquier momento) como se describe en el Aviso sobre prácticas de privacidad de Security Health Plan (debe presentar una solicitud para obtener una copia).

Entiendo que Security Health Plan no condicionará mi inscripción ni mi elegibilidad para los beneficios una vez que proporcione esta autorización.

Entiendo que una vez que Security Health Plan divulgue mi información médica a la persona nombrada anteriormente, de acuerdo con esta autorización, es posible que dicha información pueda volver a ser divulgada por esa persona y ya no esté protegida por las leyes federales y estatales aplicables que rigen el uso y la divulgación de mi información médica.

Entiendo que recibiré una copia de esta autorización firmada.

Sección D: firma

He leído y entiendo los términos de esta autorización y he tenido la oportunidad de hacer preguntas sobre la divulgación de mi información médica. Autorizo de forma consciente y voluntaria la divulgación de mi información médica como se describe anteriormente.

_____ _____ /_____ /_____

Firma **Fecha (m/d/a)**

Si el miembro no puede firmar esta autorización, complete la información a continuación:

_____ _____ _____ /_____ /_____

Firma del tutor legal autorizado, agente de atención médica u otro representante personal autorizado **Relación** **Fecha (m/d/a)**

(Se debe proporcionar una copia de la tutela legal u otros documentos de respaldo a Security Health Plan si aparece una firma aquí).

Nota para el destinatario de la información sobre abuso de sustancias y alcohol: esta información le ha sido divulgada a partir de registros protegidos por las normas federales de confidencialidad (Parte 2 del Título 42 del CFR). Las normas federales le prohíben realizar cualquier divulgación adicional de esta información a menos que dicha divulgación esté expresamente permitida por el consentimiento por escrito de la persona a la que pertenece o según lo permita la Parte 2 del Título 42 del CFR. Una autorización general para la divulgación de información médica o de otro tipo NO es suficiente para este propósito. Las reglas federales restringen cualquier uso de la información para investigar o procesar criminalmente a cualquier paciente con problemas de abuso de alcohol o sustancias.

Conserve una copia de esta autorización para sus registros.

Aviso de no discriminación

Security Health Plan of Wisconsin, Inc. cumple con todas las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina, excluye ni trata de forma diferente por cuestiones de raza, color, nacionalidad, religión, embarazo y condiciones relacionadas, sexo (incluida la orientación sexual, identidad de género, estereotipos sexuales, características sexuales y rasgos intersexuales), edad, discapacidad, estado de salud, estado civil, historial de arrestos o condenas, o participación militar en la administración del plan, incluidas la inscripción y la determinación de beneficios.

Servicios lingüísticos para personas con dominio limitado del inglés

ATTENTION: We have free interpreter services to answer any questions you may have about our health or drug plan. To get an interpreter, just call us at 1-877-998-0998 (TTY 711). Someone who speaks your preferred language can help you. This is a free service.

ATENCIÓN: Tenemos servicios de intérprete sin costo alguno para responder cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestro plan de salud o medicamentos. Para hablar con un intérprete, por favor llame al 1-877-998-0998 (TTY 711). Alguien que hable español le podrá ayudar. Este es un servicio gratuito.

LUS CEEV: Peb muaj kev pab txhais lus dawb los teb cov lus nug uas koj muaj txog peb txoj kev npaj khomob lossis tshuaj. Yog xav tau ib tug neeg txhais lus, tsuas yog hu rau peb ntawm 1-877-998-0998 (TTY 711). Ib tus neeg hais lus koj nyiam tuaj yeem pab koj. Qhov no yog ib qho kev pab dawb.

Si necesita los materiales en letra grande, llame al 1-877-998-0998 (TTY 711).

© 2024 Security Health Plan of Wisconsin, Inc. Todos los derechos reservados. Blanco: Servicio al Cliente Amarillo: Individual
Se requiere autorización por escrito de Security Health Plan of Wisconsin, Inc.
para reproducir o divulgar este documento de cualquier forma o a través de cualquier medio.