

Autorización para Divulgación de Información de Salud

Siga estas instrucciones para llenar el formulario.

Información personal del miembro

En esta sección, escriba su nombre completo, fecha de nacimiento, dirección e ID del miembro o suscriptor.

Quién puede obtener y compartir mi información

Escriba el nombre completo y la dirección de la o las personas u organizaciones de las que usted desee permitir que se obtenga información o a las que desee permitir que se les dé información.

Tipo de información que se compartirá

Marque una de las casillas. Si marca la segunda casilla, escriba qué tipo de información podemos compartir.

Propósito de la divulgación

Marque una de las casillas. Si marca la segunda casilla, escriba el propósito de la divulgación de información.

Firma

Para que sea válido, el formulario debe estar firmado y fechado. Los miembros de Illinois también necesitan la firma de un testigo.

Representante personal

Si usted tiene un tutor o un representante designado por un tribunal, ellos deben llenar esta sección. Además deberán adjuntar una copia de su autorización legal como tutor o representante.

Autorización para Divulgación de Información de Salud

Conserve una copia de este formulario en su archivo personal.

Información personal del miembro

Nombre completo _____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Número de ID del miembro/suscriptor _____ Fecha de nacimiento _____

Entiendo y acepto que:

- Esta autorización es voluntaria.
- Mi información de salud puede provenir de terceros, por ejemplo, proveedores de cuidado de la salud. Puede incluir estos tipos de información:
 - Registros médicos
 - Farmacia
 - Registros dentales
 - Cuidado de la vista
 - Salud mental
 - Cuidado por abuso de sustancias
 - VIH/SIDA
 - Psicoterapia
 - Cuidado de salud reproductiva
 - Enfermedades transmisibles
- No me pueden negar el tratamiento o el pago del cuidado de la salud si no firmo este formulario. No me pueden negar el derecho a recibir cuidado de la salud si no firmo este formulario.
- Mi información de salud puede ser compartida por el receptor. Si el receptor no es un plan de salud o un proveedor, es posible que la información no esté protegida por las leyes federales.
- Esta autorización vencerá un año después de la fecha en que la firme. Puedo revocarla en cualquier momento. Para hacerlo, debo notificar a UnitedHealthcare por escrito. La revocación no tendrá efecto en ninguna de las acciones anteriores a la fecha en que se procese tal revocación.

Quién puede obtener y compartir mi información

Autorizo a UnitedHealthcare y sus afiliadas a obtener o compartir mi información de salud con:

Nombre completo de la persona u organización

Nombre completo de la persona u organización

Tipo de información que se compartirá

Marque una de las casillas.

- Autorizo la divulgación de toda mi información de salud. Esto incluye los siguientes tipos de información:
- Registros médicos
 - Cuidado por abuso de sustancias

- Farmacia
- Registros dentales
- Cuidado de la vista
- Salud mental
- VIH/SIDA
- Psicoterapia
- Cuidado de salud reproductiva
- Enfermedades transmisibles

Autorizo únicamente la divulgación de la siguiente información:

Propósito de la divulgación

Marque una de las casillas.

- Mi información de salud se compartirá a solicitud mía o a solicitud de mi representante.
- Mi información de salud se compartirá con este propósito:

Firma

Firma del miembro

Fecha

Firma del testigo (*para residentes de Illinois solamente*)

Fecha

Representante personal

Si usted es tutor o representante designado por un tribunal, debe adjuntar una copia de su autorización legal para representar al miembro.

Nombre del representante personal _____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Número de teléfono _____

Firma del representante del miembro

Fecha

¿Está listo para enviar el formulario llenado?

Envíe el formulario llenado y firmado a:

UnitedHealthcare Community and State
PO Box 30753
Salt Lake City, UT 84130

Fax: 1-844-386-9286

Conserve una copia de este formulario en su archivo personal.

Aviso de derechos civiles

La discriminación es ilegal. Rocky Mountain Health Plans cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad, credo, afiliación religiosa, ascendencia, género, identidad o expresión de género ni orientación sexual.

Rocky Mountain Health Plans proporciona ayuda y servicios auxiliares gratuitos a personas con discapacidades para que puedan comunicarse con nosotros de manera efectiva, por ejemplo:

- Intérpretes de lenguaje de señas estadounidense calificados
- Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles y demás formatos)

Rocky Mountain Health Plans ofrece servicios de idioma gratuitos a las personas cuyo idioma principal no es el inglés, por ejemplo:

- Intérpretes calificados
- Información escrita en otros idiomas

Si necesita estos servicios, llame a Servicio para Miembros al **1-877-668-5947** (TTY/TDD **711**).

Si considera que Rocky Mountain Health Plans no ha proporcionado estos servicios o ha discriminado de otro modo en función de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad, credo, afiliación religiosa, ascendencia, género, identidad o expresión de género u orientación sexual, puede presentar una queja ante:

Civil Rights Coordinator
UnitedHealthcare Civil Rights Grievance
P.O. Box 30608
Salt Lake City, UT 84130

También puede presentar un reclamo de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU.:

En línea: ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf

Por correo:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue SW, Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201

Por teléfono: **1-800-368-1019** (TDD: **1-800-537-7697**)

Los formularios de reclamos están disponibles en hhs.gov/ocr/office/file/index.html.

1-877-668-5947, TTY 711

English: ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call the toll free number above.

Español: ATENCIÓN: Si habla español, los servicios de asistencia de idiomas están disponibles para usted sin cargo. Llame al número de teléfono gratuito que se indica arriba.

Tiếng Việt: LƯU Ý: Nếu quý vị nói tiếng Việt, chúng tôi có dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho quý vị. Gọi số điện thoại miễn phí ở trên.

中文: 注意: 如果您說中文, 您可獲得免費語言協助服務。撥打上方免費電話。

한국어: 참고: 한국어를 구사하시는 경우, 통역 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 상기 수신자 부담 전화번호로 전화하십시오.

Русский: ВНИМАНИЕ! Если Вы говорите по-русски, Вы можете бесплатно воспользоваться помощью переводчика. Позвоните по указанному выше бесплатному номеру.

አማርኛ:- ትኩረት:- አማርኛ የሚናገሩ ከሆነ፣ የቋንቋ ድጋፍ አገልግሎቶች፣ በነጻ ክፍያ፣ ለእርስዎ ይገኛሉ። ከላይ ባለው ከክፍያ ነጻ ቁጥር ይደውሉ።

العربية: تنبيه: إذا كنت تتحدث العربية، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوفر لك مجانًا. اتصل بالرقم المجاني أعلاه.

Deutsch: HINWEIS: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlose Sprachdienste zur Verfügung. Rufen Sie die oben aufgeführte kostenfreie Nummer an.

Français : ATTENTION : si vous parlez français, vous pouvez obtenir une assistance linguistique gratuite. Composez le numéro gratuit ci-dessus.

नेपाली: ध्यान दिनुहोस: तपाईं नेपाली भाषा बोल्नुहुन्छ भने, तपाईंका लागि भाषा सहायता सेवाहरू नि:शुल्क उपलब्ध छन्। माथिको टोल

Tagalog: PANSININ: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, may magagamit kang libreng mga serbisyong pantulong sa wika. Tawagan nang libre ang numero sa itaas.

日本語: 注意: 日本語をお話しになる場合は、言語支援サービスを無料でご利用いただけます。上記のフリーダイヤル番号までお電話ください。

Afaan Oromoo: XIYYEEFFANNOO: Afaan Oromoo dubbattu yoo ta'e, tajaajilli gargaarsa afaanii, kaffaltii malee isiniif ni argama. Lakkoobsa waamicha bilisaa armaan olii irratti bilbilaa.

فارسی: توجه: اگر به زبان فارسی صحبت می‌کنید، خدمات ترجمه زبان به صورت رایگان به شما ارائه خواهد شد. با شماره رایگان بالا تماس بگیرید.

Polski: UWAGA: Jeżeli mówisz po polsku, dostępne są bezpłatne usługi wsparcia językowego. Zadzwoń pod darmowy numer podany powyżej.