



Autorización para que NHP Revele Información Confidencial

Yo, _____ (**Nombre del afiliado**) autorizo a NHP
(a cualquier socio, proveedor o prestador de servicios médicos de NHP que participe en transacciones electrónicas) a divulgar mi información médica tal y como se describe a continuación.

Número de identificación de Medicaid del afiliado: _____ **Fecha de nacimiento:** _____
Número de teléfono: _____

Esta autorización estará en vigor y tendrá efecto **durante un año** o hasta que yo la anule, de la manera que se describe a continuación o hasta (**insertar fecha de vencimiento o evento**)
_____*(el que sea más corto)*.

Mi información se compartirá para los siguientes fines (marque todos los que apliquen):

___ Coordinación asistencial/gestión de casos/derivación a tratamiento

- Centro de salud mental comunitario (nombre) _____
- Médico de atención primaria/clínica/hospital (nombre) _____
- Dentista (indique el nombre) _____
- Departamento de Servicios Humanos (nombre) _____
- Escuela (indique nombre) _____
- Ayuda con la vivienda (nombre) _____
- Ayuda con la comida (nombre) _____
- Transporte (nombre) _____
- SSDI/Ayuda a los necesitados y discapacitados {Y} (nombre) _____

- Centro de tratamiento (nombre) _____

___ Pago de servicios de tratamiento

___ Las operaciones de atención médica incluyen:

- Explicar beneficios y cobertura
- Autorizaciones previas, facturación y reclamaciones
- Representación en reclamaciones y/o recursos
- Investigación
- Auditorías y evaluaciones

___ Representación legal

- Judicial (libertad condicional/bajo palabra) (nombre) _____

___ Otro _____

Al marcar una de las casillas siguientes, doy mi permiso para compartir la siguiente información:

___ Todos los registros de tratamiento de salud conductual y uso de sustancias según 42 CFR Parte 2. Puede obtener más información sobre sus derechos en virtud de esta norma en www.samhsa.gov. **O**





Autorización para que NHP Revele Información Confidencial

Solo puede compartirse información limitada (marque con una cruz la información que desea compartir).

Información sobre facturación y reclamaciones/autorizaciones previas

Información sobre el derecho a Medicaid

Evaluaciones/notas de gestión de casos/planes de tratamiento

Información demográfica

Otro (por favor especifique) _____

No se compartirá información específica relacionada con la salud, a menos que yo elija lo siguiente:

Información y/o registros relacionados con el VIH/SIDA

Información sobre pruebas genéticas

Información sobre diagnóstico, tratamiento y derivación en materia de drogas y/o alcohol

Declaraciones de autorización

Firmo voluntariamente esta autorización. Entiendo que puedo negarme a firmar esta autorización. Si me niego a firmar esta autorización, mis beneficios de cuidados de salud o el pago de mis beneficios de cuidados de salud no se verán afectados.

- Puedo cancelar esta autorización en cualquier momento. Para cancelar esta autorización, puedo llamar a NHP al 800- 541-6870 o enviar un correo electrónico a: nhpmembersupport@nhpllc.org.
- Entiendo que si cancelo esta autorización, no afectará a la información que se haya compartido antes de que NHP recibiera mi **cancelación por escrito**.
- Si usted ha autorizado la divulgación de los expedientes de tratamiento por consumo de sustancias **SOLAMENTE**, puede cancelar verbalmente esta autorización.
- Entiendo que si doy permiso para compartir mi información, es posible que las personas u organizaciones que reciban mi información no estén obligadas a protegerla.
- Entiendo que puedo solicitar una copia de este formulario y solicitar una copia de la información que se divulga.
- Métodos de contacto preferidos:
 - Acepto que se pongan en contacto conmigo al:
 - Teléfono de casa: _____
 - Teléfono celular: _____
 - Correo electrónico: _____
 - Dirección de correo en los Estados Unidos: _____

Firma del afiliado o del representante personal

Fecha

Nombre del representante personal del afiliado

Fecha





Autorización para que Carelon divulgue información confidencial

Representantes personales: Si firma esta autorización, debe incluir documentación que respalde su autoridad para tomar decisiones sobre la atención de salud en nombre del afiliado.

Menores: Los menores que tengan 12 años o más pueden autorizar la divulgación de información sobre salud mental firmando este formulario. Los menores de cualquier edad pueden autorizar la divulgación de información sobre los cuidados de salud relacionada con el tratamiento de enfermedades de transmisión sexual, incluido el VIH/SIDA, el tratamiento del abuso de alcohol y/o drogas, el tratamiento anticonceptivo y los servicios de atención prenatal. Puede encontrar más información sobre el Proyecto de Ley HB19-1120 en www.colorado.gov.

Por favor envíe el formulario completado a P.O. Box 31364, Salt Lake City, UT 84131-0364. También puede enviar el formulario por correo electrónico a nhpmembersupport@nhpllc.org.