



**BlueCross  
BlueShield  
of Arizona**

An Independent Licensee  
of the Blue Cross and  
Blue Shield Association

## Formulario de Autorización para Proporcionar Información Confidencial- VIH

(Para autorizar a BCBSAZ a dar a conocer información relacionada al VIH)

Envíe los formularios completos a Blue Cross Blue Shield of Arizona, Atención a: Enrollment Services, P.O. Box 13466, Phoenix, Arizona 85002. Blue Cross Blue Shield of Arizona (BCBSAZ) no pondrá como condición el que usted dé esta autorización para hacer los pagos en conexión con sus reclamos, su inscripción en nuestro plan médico o su elegibilidad para recibir beneficios en nuestro plan médico.

Yo autorizo a BCBSAZ a proporcionar información confidencial relacionada al Virus de Inmunodeficiencia Humana (siglas en inglés, HIV) (exámenes relacionados al VIH, la presencia ya sea de infección del VIH o de enfermedades relacionadas con el VIH o al síndrome de inmuno deficiencia adquirida) a:

Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad, Estado y Código Postal: \_\_\_\_\_

La persona mencionada anteriormente tendrá derecho a recibir esta información con el propósito de:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Esta autorización entrará en vigencia en la fecha de su firma y será válida por ciento ochenta (180) días a partir de la fecha de entrada en vigencia. Es posible que la información médica protegida dada a conocer conforme a esta autorización puede estar sujeta a ser dada a conocer nuevamente por la entidad que la reciba y no continuará siendo protegida por las leyes federales de confidencialidad de información médica.

Entiendo que puedo cancelar esta autorización dándole un aviso por escrito a la Oficina de Confidencialidad de BCBSAZ Privacy Office, C302, BCBSAZ, P.O. Box 13466, Phoenix, AZ 85002-3466. Entiendo que la cancelación de esta autorización no afectará ninguna acción que BCBSAZ haya tomado basada en esta autorización antes de recibir mi aviso de cancelación por escrito.

\_\_\_\_\_  
Nombre en Letra de Molde

\_\_\_\_\_  
Número de Identificación

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre del Grupo (si corresponde)

\_\_\_\_\_  
Número de Grupo (si corresponde)

\_\_\_\_\_  
Nombre del Representante Personal\*

\_\_\_\_\_  
Su relación con esta Persona

\_\_\_\_\_  
Firma del Representante Personal

\_\_\_\_\_  
Fecha

\* Por favor adjunte una copia de los documentos legales que correspondan.

**POR FAVOR NOTARICE ESTE DOCUMENTO**

State of \_\_\_\_\_ County of \_\_\_\_\_

The foregoing instrument was acknowledged before me this \_\_\_\_\_ day of \_\_\_\_\_, 200\_\_.

\_\_\_\_\_  
Notary Public

\_\_\_\_\_  
My commission expires:

**Usted tiene derecho a recibir una copia de esta autorización una vez firmada.  
Usted puede negarse a firmar esta autorización.**

13939 0708