

FORMULARIO DE DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN CONFIDENCIAL

(Autoriza a BCBSAZ a divulgar y/o actualizar su información)



Debe usar otro formulario para la divulgación de la información relacionada con el VIH. Devuelva este formulario debidamente completado con su solicitud. Los actuales clientes de BCBSAZ deben enviar por correo postal este formulario debidamente completado a Blue Cross Blue Shield of Arizona, Atención: Enrollment Services, P.O. Box 13466, Phoenix, AZ 85002. Blue Cross Blue Shield of Arizona (BCBSAZ) no condicionará las actividades de pago relacionadas con sus reclamaciones, su inscripción en nuestros planes de salud o su elegibilidad para los beneficios en nuestros planes de salud a que nos otorgue esta autorización.

Información a divulgar: Yo autorizo a BCBSAZ a divulgar la siguiente información, que incluye información relativa a enfermedades contagiosas, tratamientos de abuso de drogas y alcohol y pruebas genéticas: *(Marque todas las que correspondan).*

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Información de solicitud, inscripción y elegibilidad | <input type="checkbox"/> Información de facturación y pagos |
| <input type="checkbox"/> Información de reclamaciones y explicación de beneficios | <input type="checkbox"/> Registros médicos |
| <input type="checkbox"/> Información de certificación previa | <input type="checkbox"/> Información de su cuenta |
| <input type="checkbox"/> Otra (describa): _____ | |

Persona cuya información puede ser divulgada: _____

Persona que puede recibir la información indicada:

Nombre: _____
Nombre de la compañía: _____
Calle: _____
Ciudad, estado, código postal _____

Propósito del uso o divulgación:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Ayudarle a obtener una póliza de atención de salud | <input type="checkbox"/> Ayudarle con el procesamiento de reclamaciones y pagos |
| <input type="checkbox"/> Propósito del uso o divulgación: _____ | |

Autorizo a actualizar mis registros: Yo también autorizo a _____ para que pueda:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Cambiar mi dirección postal | <input type="checkbox"/> Actualizar mi información bancaria o de pagos automáticos a través de SurePay |
|--|--|

A menos de que usted revoque esta autorización, esta vencerá 90 días después de la fecha de término o vencimiento de su cobertura con BCBSAZ. Es posible que la información protegida que haya sido divulgada de conformidad con esta autorización sea divulgada nuevamente por quien la reciba y ya no esté protegida por las leyes federales de privacidad de la información de salud. **Puede revocar esta autorización mediante una notificación por escrito a BCBSAZ Privacy Office, Mail Stop C302, P.O. Box 13466, Phoenix AZ 85002-3466. La revocación de esta autorización no afectará ninguna acción que BCBSAZ haya realizado de conformidad con esta autorización antes de recibir su notificación de revocación por escrito.**

_____ Nombre en letra imprenta	_____ Número de identificación
_____ Firma	_____ Fecha (mm/dd/aaaa)
_____ Nombre del grupo (si corresponde)	_____ Nombre del grupo (si corresponde)
_____ Nombre de su representante personal*	_____ Relación con la persona
_____ Firma de su representante personal	_____ Fecha (mm/dd/aaaa)

* Adjunte una copia de los documentos legales relevantes

**Usted tiene derecho a una copia de esta autorización después de que la firme.
Puede negarse a firmar esta autorización.**

INSTRUCCIONES PARA COMPLETAR EL FORMULARIO DE DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN CONFIDENCIAL



Complete el formulario de divulgación de información confidencial si desea que Blue Cross Blue Shield of Arizona (BCBSAZ) comparta su información personal con la persona u organización que se especifica en el formulario. Toda persona mayor a 18 años debe completar un formulario por separado.

Esta autorización es voluntaria. No condicionaremos las actividades de pago de reclamaciones, su inscripción en nuestros planes de salud o su elegibilidad para beneficios a que nos otorgue esta autorización.

Ejemplos de uso

A continuación, se presentan algunos ejemplos para los cuales el formulario puede usarse. Complete el formulario si desea que BCBSAZ comparta cierta o toda su información personal con:

- Otro adulto, como un cónyuge, padre, hijo o representante personal, para que puedan discutir sus preguntas sobre reclamaciones o facturación con BCBSAZ.
- Su agente, durante o después del proceso de inscripción para el tipo de servicio que vaya a proveerle (preguntas de registro, reclamaciones y facturación, etc.)
- Su abogado, para asuntos legales específicos que surjan, como casos de lesiones personales.

Instrucciones específicas

Información a divulgar: Indique la información específica que desea compartir (solicitud, inscripción, elegibilidad, explicación de beneficios, reclamaciones, registros médicos, etc.)

Persona cuya información puede ser divulgada: Ingrese el nombre de la persona cuya información debe ser divulgada. Normalmente, éste será su nombre.

Persona que puede recibir la información indicada: Díganos a quien autoriza a recibir su información.

Propósito del uso o divulgación: Díganos por qué desea compartir su información.

Autorizo a actualizar mis registros: Díganos si la persona que ha indicado está autorizada a actualizar nuestros registros si usted se traslada a una dirección diferente, cambia de banco o de cuenta bancaria.

Fecha de vencimiento: Esta autorización expirará en forma automática 90 días después de la fecha en que su cobertura termine. Usted tiene derecho a revocar esta autorización antes. Para ello debe comunicarse con la Oficina de Privacidad.

Número de identificación y número de grupo: Ingrese su número de identificación de BCBSAZ si ha recibido uno; si no lo tiene, ingrese su número de seguro social.

Firma: Escriba en letra imprenta su nombre y firme. Feche el formulario.

Nombre de grupo y número: Si corresponde, ingrese el nombre y el número de su empleador o de otro grupo asegurado bajo el cual usted tenga cobertura.

Representante personal: Un representante legal corresponde a un nombramiento legal y generalmente se refiere al progenitor de un menor de edad no emancipado, tutor legal o tenedor de un mandato legal. Si usted es un representante personal y está completando el formulario por otra persona, complete las dos últimas filas y adjunte copias de los documentos legales relevantes.