



**Necesitamos su autorización antes de que podamos divulgar sus registros a otros.  
Llene y firme este formulario.**

Estimado/a miembro:

Para garantizar su privacidad, necesitamos que llene el formulario incluido con esta carta. Una vez que llene el formulario, envíenoslo de vuelta. Este formulario nos informará a quién le está permitiendo que vea sus registros.

**El formulario es válido por un año desde la fecha en que lo firma, a menos que usted pida que finalice antes.**

Asegúrese de llenar todo el formulario y conserve una copia para sus registros. No cambie el formulario ni omita cosas. Si tenemos alguna pregunta o si hay algún problema con el formulario, le enviaremos una carta o lo llamaremos.

Procesaremos su formulario rápidamente una vez que lo recibamos. Si tiene alguna pregunta, llame a la línea gratuita de Servicios para Miembros al:

- **866-408-6131 (TTY 711)** para Hoosier Healthwise y Healthy Indiana Plan,
- **844-284-1797 (TTY 711)** para Hoosier Care Connect o al
- **833-412-4405 (TTY 711)** para Indiana PathWays for Aging

de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. hora del Este y pida habla con la Unidad de Privacidad de los Miembros.

Cordialmente,

Unidad de Privacidad de los Miembros  
Anthem

Documentos adjuntos: Formulario de autorización del miembro  
Obtenga ayuda en otros idiomas  
Aviso sobre no discriminación

**[anthem.com/inmedicaid](https://www.anthem.com/inmedicaid)** Atendiendo al Hoosier Healthwise, Healthy Indiana Plan,  
Hoosier Care Connect e  
Indiana PathWays for Aging

Anthem Blue Cross and Blue Shield es el nombre comercial de Anthem Insurance Companies, Inc., licenciataria independiente de Blue Cross and Blue Shield Association. Anthem es una marca comercial registrada de Anthem Insurance Companies, Inc.

Lea esta página con el fin de obtener ayuda para llenar la página 1 del formulario.

### PARTE A: Miembro

1. Escriba en letra de imprenta su apellido, nombre y la primera letra de su segundo nombre.
2. Escriba su fecha de nacimiento de la siguiente manera: mm/dd/aaaa. Por ejemplo, si nació el 5 de octubre de 1960, usted escribiría 10/05/1960.
3. Escriba su dirección residencial completa, ciudad, estado y código postal.
4. Escriba su número de teléfono celular/móvil (con código de área) donde comunicarse con usted.
5. Escriba un número de teléfono diurno (con código de área) donde comunicarse con usted.
6. El número de identificación del miembro está en su tarjeta de identificación del miembro.

### PARTE B: Personas o compañías que pueden ver mis registros

7. Después de marcar la casilla de la persona o compañía que puede ver sus registros, díganos el nombre completo de la persona o compañía a la que se le permite ver término general como “mi hija” o “mi hijo”. Usted debe ser muy claro.
8. Si marca “Otra persona o compañía”,
  - El nombre y apellido (si los tiene).
  - El nombre de la compañía (si le aplica) y explique la relación con usted.

### PARTE C: Mis registros

Díganos cuáles registros nos permitirá divulgar (todos o solo algunos):

9. Para divulgar todos sus registros, marque la primera casilla.
10. Para divulgar solo algunos registros, marque la segunda casilla.
11. Esta sección también incluye registros que usted piensa que son muy personales o muy privados para usted. Si está de acuerdo en que podemos divulgar estos tipos de registros, marque cuáles casillas le aplican.



### Formulario de autorización del miembro

Este formulario debe ser llenado por un miembro. El mismo permite que una persona o compañía vea los registros del miembro. Escriba lo más que pueda sobre usted. Si necesita ayuda, vea la carta incluida con este formulario. Esta le mostrará cómo puede llenar cada una de las partes. También puede llamar a Servicios para Miembros al 833-412-4405 (TTY 711) de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. hora del Este.

PARTE A: MIEMBRO																					
Apellido del miembro	Nombre del miembro	Inicial del segundo nombre	Fecha de nacimiento del miembro																		
Dirección física del miembro	Ciudad	Estado	Código postal																		
Número de teléfono celular/móvil (con código de área)	Número de teléfono diurno (con código de área)	Número de identificación del miembro (vea la tarjeta de identificación del miembro)																			
PARTE B: PERSONAS O COMPAÑÍAS QUE RECIBIRÁN MIS REGISTROS																					
Las personas o compañías listadas y marcadas a continuación tienen derecho a ver mis registros. (Deben tener de 18 años de edad en adelante). Marque cada una de las casillas que apliquen. Escriba los nombres y apellidos.																					
<input type="checkbox"/> Mi cónyuge (nombre y apellido)	<input type="checkbox"/> Mis padres (Si usted es mayor de 18 años, escriba los nombres y apellidos).																				
<input type="checkbox"/> Mis hijos adultos (nombres y apellidos)	<input type="checkbox"/> Otro (Nombre y apellido si lo tiene. Podría ser una persona o el nombre de una compañía. Además, escriba su relación con esta persona o compañía).																				
PARTE C: MIS REGISTROS																					
Permitiré que Anthem comparta los registros a continuación (marque solo una casilla):																					
<input type="checkbox"/> Toda mi historia clínica. Pueden ser registros sobre su salud, un diagnóstico (nombre de la enfermedad o problema de salud), reclamaciones, nombres de médicos y otros proveedores de cuidados médicos. Los registros también pueden ser sobre dinero (como facturación y banca). Marcar esta casilla no permitirá que otras personas vean registros sensibles (muy personales) a menos que yo esté de acuerdo con esto a continuación.																					
<input type="radio"/> Solo algunos registros (marque todos los que le aplican) <table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Apelación</td> <td><input type="checkbox"/> Médico y hospital</td> <td><input type="checkbox"/> Referencia (cuando su médico principal dice que está bien ver a un médico especialista para cierto tratamiento)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Beneficios y cobertura</td> <td><input type="checkbox"/> Notas de los médicos</td> <td><input type="checkbox"/> Tratamiento</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Facturas</td> <td><input type="checkbox"/> Información financiera</td> <td><input type="checkbox"/> Dental</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Reclamaciones y pagos</td> <td><input type="checkbox"/> Precertificación y preautorización (para aprobaciones de tratamiento). Es cuando le damos aprobación para un tratamiento.</td> <td><input type="checkbox"/> Visión</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Diagnóstico (nombre de la enfermedad o problema de salud)</td> <td></td> <td><input type="checkbox"/> Farmacia</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Elegibilidad</td> <td></td> <td><input type="checkbox"/> Otro</td> </tr> </table>				<input type="checkbox"/> Apelación	<input type="checkbox"/> Médico y hospital	<input type="checkbox"/> Referencia (cuando su médico principal dice que está bien ver a un médico especialista para cierto tratamiento)	<input type="checkbox"/> Beneficios y cobertura	<input type="checkbox"/> Notas de los médicos	<input type="checkbox"/> Tratamiento	<input type="checkbox"/> Facturas	<input type="checkbox"/> Información financiera	<input type="checkbox"/> Dental	<input type="checkbox"/> Reclamaciones y pagos	<input type="checkbox"/> Precertificación y preautorización (para aprobaciones de tratamiento). Es cuando le damos aprobación para un tratamiento.	<input type="checkbox"/> Visión	<input type="checkbox"/> Diagnóstico (nombre de la enfermedad o problema de salud)		<input type="checkbox"/> Farmacia	<input type="checkbox"/> Elegibilidad		<input type="checkbox"/> Otro
<input type="checkbox"/> Apelación	<input type="checkbox"/> Médico y hospital	<input type="checkbox"/> Referencia (cuando su médico principal dice que está bien ver a un médico especialista para cierto tratamiento)																			
<input type="checkbox"/> Beneficios y cobertura	<input type="checkbox"/> Notas de los médicos	<input type="checkbox"/> Tratamiento																			
<input type="checkbox"/> Facturas	<input type="checkbox"/> Información financiera	<input type="checkbox"/> Dental																			
<input type="checkbox"/> Reclamaciones y pagos	<input type="checkbox"/> Precertificación y preautorización (para aprobaciones de tratamiento). Es cuando le damos aprobación para un tratamiento.	<input type="checkbox"/> Visión																			
<input type="checkbox"/> Diagnóstico (nombre de la enfermedad o problema de salud)		<input type="checkbox"/> Farmacia																			
<input type="checkbox"/> Elegibilidad		<input type="checkbox"/> Otro																			
También permitiré que Anthem comparta este tipo de registro sensible (muy personal) a continuación. Marque todas las casillas que le apliquen.																					
<input type="checkbox"/> Todos los registros sensibles a continuación <sup>2</sup>																					
<input type="radio"/> Solo algunos registros sobre temas marcados a continuación <table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Abuso (sexual/físico/mental)</td> <td><input type="checkbox"/> Pruebas genéticas</td> <td><input type="checkbox"/> Salud mental</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Trastorno por el uso de sustancias<sup>1,2</sup> (tal como tratamiento para el abuso de alcohol y/o drogas)</td> <td><input type="checkbox"/> VIH o SIDA</td> <td><input type="checkbox"/> Enfermedades sexuales transmitidas a otras personas</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td><input type="checkbox"/> Salud reproductiva (incluyendo aborto, maternidad, etc.)<sup>3</sup></td> </tr> </table>				<input type="checkbox"/> Abuso (sexual/físico/mental)	<input type="checkbox"/> Pruebas genéticas	<input type="checkbox"/> Salud mental	<input type="checkbox"/> Trastorno por el uso de sustancias <sup>1,2</sup> (tal como tratamiento para el abuso de alcohol y/o drogas)	<input type="checkbox"/> VIH o SIDA	<input type="checkbox"/> Enfermedades sexuales transmitidas a otras personas			<input type="checkbox"/> Salud reproductiva (incluyendo aborto, maternidad, etc.) <sup>3</sup>									
<input type="checkbox"/> Abuso (sexual/físico/mental)	<input type="checkbox"/> Pruebas genéticas	<input type="checkbox"/> Salud mental																			
<input type="checkbox"/> Trastorno por el uso de sustancias <sup>1,2</sup> (tal como tratamiento para el abuso de alcohol y/o drogas)	<input type="checkbox"/> VIH o SIDA	<input type="checkbox"/> Enfermedades sexuales transmitidas a otras personas																			
		<input type="checkbox"/> Salud reproductiva (incluyendo aborto, maternidad, etc.) <sup>3</sup>																			
1. Especifique el periodo de los registros a ser divulgados: _____																					
Descripción de los registros que podrían ser divulgados: _____																					

**Lea esta página con el fin de obtener ayuda para completar la página 2 del formulario.**

**PARTE D: Motivos por los cuales desea compartir sus registros**

1. La primera casilla nos dice que divulguemos sus registros como se muestra en este formulario.
2. La segunda casilla nos dice un motivo especial. Podría ser con un abogado o familiar. Escriba su motivo en el espacio.

**PARTE E: Revisión y firma**

Una vez que firme el formulario, el mismo será válido por:

3. Marque la primera casilla para un año. Este es el tiempo normal.
4. Marque la segunda casilla para decir que el formulario que firma será válido por menos de un año. Luego proporcione la fecha en que desea que termine.
5. **Firme su nombre y ponga la fecha en el formulario.** Su nombre y firma *deben* coincidir con lo que escribió en la Parte A.
6. **Si está firmando este formulario en nombre de otra persona o si tiene formularios que dicen que usted tiene Poder legal para cuidado médico, o es tutor legal o curador, debe hacer lo siguiente:**
  - Llene el campo **Persona jurídica o tutor legal designado**.
  - Denos una copia del formulario legal que muestre que usted tiene Poder legal. Inclúyalo con este formulario.

**PARTE C: MIS REGISTROS (continuación)**

2. A menos que especifique lo contrario en este formulario, pretendo que esta divulgación incluya todos los registros sobre trastorno por el uso de sustancias mantenidos por Anthem sobre mí. Sé que mis registros sobre trastorno por el uso de sustancias están protegidos bajo leyes y normas generales y estatales. Este formulario mantendrá privados estos registros. Ningún registro puede ser divulgado sin que yo lo diga por escrito. Esto es a menos que las leyes y normas digan eso. También sé que puedo retirar el hecho de que estuve de acuerdo con esto en cualquier momento según se indica a continuación en la Parte E. Sé que no puedo cancelar este formulario firmado después de que hayan divulgado mi historia clínica.

3. Salud reproductiva incluye, entre otros, infertilidad tanto masculina como femenina, maternidad, pérdida del embarazo, aborto espontáneo, planificación familiar, control de natalidad, aborto electivo y espontáneo y cualquier otro cuidado o servicio relacionado.

**PARTE D: POR QUÉ QUIERE QUE SUS REGISTROS SEAN COMPARTIDOS (marque solo una casilla)**

Por los motivos que se describen en este formulario

Motivo(s) especiales:

**PARTE E: REVISE Y FIRME (marque solo una casilla)**

Una vez que firme y envíe este formulario, el mismo será válido por:

Un año desde el día en que firmo el formulario

Antes de un año y en la fecha, evento o motivo mostrados a continuación

He leído cada una de las partes de este formulario. Sé, acepto y permitiré que Anthem use y divulgue mis registros tal como lo establecí arriba. También sé que firmé este formulario por voluntad propia. Sé que no tengo que firmar este formulario para recibir tratamiento o pago, o para inscribirme o recibir beneficios.

Tengo derecho a retirar lo que he acordado en este formulario en cualquier momento. Le diré a Anthem por escrito que lo estoy haciendo. Sé que retirar esto no cambiará ninguna acción tomada antes de hacerlo. También sé que cualquier registro que una persona o grupo reciba (que yo haya acordado) puede ser divulgado. Si ocurre esto, los registros pueden ya no estar protegidos bajo la norma de privacidad de la HIPAA.

Firma del miembro (si el miembro es menor, firma del padre o de la madre)	Fecha
---	-------

Usted tiene derecho a conservar una copia de este formulario después de terminar de llenarlo. Haga una copia para sus registros. Devuelva este formulario llenado en el sobre que incluimos.

**PERSONA JURÍDICA O TUTOR LEGAL DESIGNADO (solo llene esta sección si tiene documentación que respalda la Representación legal)**

Si hay una persona que está firmando por el miembro (alguien que atiende al miembro), necesitamos estos formularios llenados:

Una copia del Poder de representación general o duradero para cuidado médico

Una orden de la corte u otra prueba. Esto mostrará que alguien tiene derecho legal para atender a una persona. Otras pruebas pueden ser formularios que muestran que alguien puede por ley actuar por el miembro.

Llene las líneas a continuación:

Representante legal para el miembro (nombre completo en letra de imprenta)	Relación del representante legal con el miembro		
Dirección física del representante legal	Ciudad	Estado	Código postal
Firma	Fecha		

Llene el formulario y envíelo por correo a:  
 Member Privacy Unit  
 P.O. Box 62509  
 Virginia Beach, VA 23466

Estos son ejemplos de formularios legales usados cuando una persona necesita que alguien más tome decisiones por ella.

- **Poder de representación general o duradero para cuidado médico.** Este formulario le da a una persona el poder legal para actuar por usted. Esta persona puede tomar decisiones de cuidado médico por usted. El formulario podría decir: “para hacerse cargo de mi persona en caso de enfermedad de cualquier clase”. También puede decir esto: “y en general para hacer y actuar por mí y en mi nombre todo lo que yo podría hacer si no estoy ahí”.
- **Tutela legal.** Esto es cuando la corte nombra a alguien para que atienda a una persona.
- **Tutela.** Esto ocurre cuando un juez designa a una persona para que esté a cargo. Podría ser cuando una persona no puede tomar decisiones por sí misma.

- **Ejecutor de la sucesión.** Este tipo de formulario se usa cuando la persona de la que se está hablando ha fallecido.



### Formulario de autorización del miembro

Este formulario debe ser llenado por un miembro. El mismo permite que una persona o compañía vea los registros del miembro. Escriba lo más que pueda sobre usted. Si necesita ayuda, vea la carta incluida con este formulario. Esta le mostrará cómo puede llenar cada una de las partes. También puede llamar a Servicios para Miembros al **833-412-4405 (TTY 711)** de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. hora del Este.

#### PARTE A: MIEMBRO

Apellido del miembro	Nombre del miembro	Inicial del segundo nombre	Fecha de nacimiento del miembro 
Dirección física del miembro	Ciudad	Estado	Código postal
Número de teléfono celular/móvil (con código de área)	Número de teléfono diurno (con código de área)	Número de identificación del miembro (vea la tarjeta de identificación del miembro) 	

#### PARTE B: PERSONAS O COMPAÑÍAS QUE RECIBIRÁN MIS REGISTROS

Las personas o compañías listadas y marcadas a continuación tienen derecho a ver mis registros. (Deben tener de 18 años de edad en adelante). Marque cada una de las casillas que apliquen. Escriba los nombres y apellidos.

<input type="checkbox"/> Mi cónyuge (nombre y apellido)	<input type="checkbox"/> Mis padres (Si usted es mayor de 18 años, escriba los nombres y apellidos).
<input type="checkbox"/> Mis hijos adultos (nombres y apellidos)	<input type="checkbox"/> Otro (Nombre y apellido si lo tiene. Podría ser una persona o el nombre de una compañía. Además, escriba su relación con esta persona o compañía).

#### PARTE C: MIS REGISTROS

Permitiré que Anthem comparta los registros a continuación (marque solo una casilla):

Toda mi historia clínica. Pueden ser registros sobre su salud, un diagnóstico (nombre de la enfermedad o problema de salud), reclamaciones, nombres de médicos y otros proveedores de cuidados médicos. Los registros también pueden ser sobre dinero (como facturación y banca). Marcar esta casilla no permitirá que otras personas vean registros sensibles (muy personales) a menos que yo esté de acuerdo con esto a continuación.



Solo algunos registros (marque todos los que le aplican)

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Apelación   | <input type="checkbox"/> Médico y hospital   | <input type="checkbox"/> Referencia (cuando su médico principal dice que está bien ver a un médico especialista para cierto tratamiento) |
| <input type="checkbox"/> Beneficios y cobertura                                    | <input type="checkbox"/> Notas de los médicos  | <input type="checkbox"/> Tratamiento   |
| <input type="checkbox"/> Facturas  | <input type="checkbox"/> Información financiera  | <input type="checkbox"/> Dental  |
| <input type="checkbox"/> Reclamaciones y pagos                                     | <input type="checkbox"/> Precertificación y preautorización (para aprobaciones de tratamiento). Es cuando le damos aprobación para un tratamiento. | <input type="checkbox"/> Visión  |
| <input type="checkbox"/> Diagnóstico (nombre de la enfermedad o problema de salud) |  | <input type="checkbox"/> Farmacia  |
| <input type="checkbox"/> Elegibilidad  |  | <input type="checkbox"/> Otro  |

**PARTE C: MIS REGISTROS (continuación)**

También permitiré que Anthem comparta este tipo de registro sensible (muy personal) a continuación. Marque todas las casillas que le apliquen.

Todos los registros sensibles a continuación<sup>2</sup>



Solo algunos registros sobre temas marcados a continuación

Abuso (sexual/ físico/mental)

Pruebas genéticas

Salud mental

VIH o SIDA

Enfermedades sexuales transmitidas a otras personas

Trastorno por el uso de sustancias<sup>1,2</sup> (tal como tratamiento para el abuso de alcohol y/o drogas)

Salud reproductiva (incluyendo aborto, maternidad, etc.)<sup>3</sup>

1. Especifique el periodo de los registros a ser divulgados: \_\_\_\_\_

Descripción de los registros que podrían ser divulgados: \_\_\_\_\_

2. A menos que especifique lo contrario en este formulario, pretendo que esta divulgación incluya todos los registros sobre trastorno por el uso de sustancias mantenidos por Anthem sobre mí. Sé que mis registros sobre trastorno por el uso de sustancias están protegidos bajo leyes y normas generales y estatales. Este formulario mantendrá privados estos registros. Ningún registro puede ser divulgado sin que yo lo diga por escrito. Esto es a menos que las leyes y normas digan eso. También sé que puedo retirar el hecho de que estuve de acuerdo con esto en cualquier momento según se indica a continuación en la Parte E. Sé que no puedo cancelar este formulario firmado después de que hayan divulgado mi historia clínica.

3. Salud reproductiva incluye, entre otros, infertilidad tanto masculina como femenina, maternidad, pérdida del embarazo, aborto espontáneo, planificación familiar, control de natalidad, aborto electivo y espontáneo y cualquier otro cuidado o servicio relacionado.

**PARTE D: POR QUÉ QUIERE QUE SUS REGISTROS SEAN COMPARTIDOS (marque solo una casilla)**

Por los motivos que se describen en este formulario



Motivo(s) especiales: \_\_\_\_\_

**PARTE E: REVISE Y FIRME (marque solo una casilla)**

Una vez que firme y envíe este formulario, el mismo será válido por:

Un año desde el día en que firmo el formulario



Antes de un año y en la fecha, evento o motivo mostrados a continuación

He leído cada una de las partes de este formulario. Sé, acepto y permitiré que Anthem use y divulgue mis registros tal como lo establecí arriba. También sé que firmé este formulario por voluntad propia. Sé que no tengo que firmar este formulario para recibir tratamiento o pago, o para inscribirme o recibir beneficios.

Tengo derecho a retirar lo que he acordado en este formulario en cualquier momento. Le diré a Anthem por escrito que lo estoy haciendo. Sé que retirar esto no cambiará ninguna acción tomada antes de hacerlo. También sé que cualquier registro que una persona o grupo reciba (que yo haya acordado) puede ser divulgado. Si ocurre esto, los registros pueden ya no estar protegidos bajo la norma de privacidad de la HIPAA.

Firma del miembro (si el miembro es menor, firma del padre o de la madre)

Fecha

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Usted tiene derecho a conservar una copia de este formulario después de terminar de llenarlo. Haga una copia para sus registros. Devuelva este formulario llenado en el sobre que incluimos.

**PERSONA JURÍDICA O TUTOR LEGAL DESIGNADO**

(solo llene esta sección si tiene documentación que respalda la Representación legal)

Si hay una persona que está firmando por el miembro (alguien que atiende al miembro), necesitamos estos formularios llenados:

Una copia del Poder de representación general o duradero para cuidado médico

Una orden de la corte u otra prueba. Esto mostrará que alguien tiene derecho legal para atender a una persona. Otras pruebas pueden ser formularios que muestran que alguien puede por ley actuar por el miembro.

Llene las líneas a continuación:

Representante legal para el miembro (nombre completo en letra de imprenta)		Relación del representante legal con el miembro	
Dirección física del representante legal	Ciudad	Estado	Código postal
Firma X		Fecha 	

**Llene el formulario y envíelo por correo a:**

Member Privacy Unit  
P.O. Box 62509  
Virginia Beach, VA 23466