

Lea las siguientes indicaciones sobre cómo completar la página dos del formulario.

Parte D: Propósito de esta aprobación

En esta sección se indica el motivo por el cual ha solicitado la divulgación de su información.

- 1 Marque la primera casilla para indicarnos que podemos divulgar esta información según se muestra en este formulario.
- 2 Marque la segunda casilla si hay una razón específica. Un ejemplo podría ser para resolver una reclamación del seguro de vida.

Parte E: Fecha en la que expira la aprobación

Tiene dos opciones respecto de cuándo desea que finalice la aprobación.

- 3 Marque la primera casilla para el plazo de duración estándar de un año.
- 4 Marque la segunda casilla para una fecha anterior (diferente a un año) y escriba la fecha en que desea que finalice esta aprobación.

No se puede otorgar autorización/aprobación para un periodo superior al año.

Parte F: Revisión y aprobación

- 5 Firme con su nombre y feche el formulario. Su nombre y firma deben coincidir con la información que aparece en la Parte A.
- 6 Si firma este formulario en nombre de otra persona, si tiene un poder legal para cuidado médico o si es un tutor/curador legal, debe hacer lo siguiente:
 - o Debe completar la sección de tutor/representante legal designado.
 - o También debe suministrarnos una copia del documento legal donde conste su aprobación e incluirla con este formulario.

Ejemplos de documentos legales:

- o **Poder de representación duradero, general o para cuidado médico.** Este documento le otorga poder legal a una persona de su confianza para que actúe en su nombre y tome decisiones de cuidado médico por usted.
- o **Tutela legal.** Esto es cuando el tribunal designa a alguien para que cuide de otra persona.
- o **Tutela.** Cuando un juez designa a una persona responsable para que tome decisiones por otra persona que no puede tomar decisiones responsables por sí misma.
- o **Ejecutor de la sucesión.** Este tipo de documento podría utilizarse cuando la persona que se representa ha fallecido.

Parte D: Propósito de esta aprobación (marque solo una casilla).

1 Para divulgar la información según se muestra en este formulario.
0

2 Por estas razones:

Parte E: Fecha en la que expira su aprobación (marque solo una casilla).

3 Si este documento no se revocó anteriormente, esta aprobación finalizará en la más próxima de estas fechas:
 Un año desde la fecha de la firma en la Parte F.
0

4 Antes de cumplirse el año y en la fecha, el evento o la condición que se describe a continuación:

Parte F: Revisión y aprobación

He leído los contenidos de este formulario. Entiendo, acepto y permito que Anthem utilice y divulgue mi información según lo indiqué más arriba o según lo requerido por las leyes vigentes. También entiendo que la firma de este formulario es por voluntad propia. Entiendo que Anthem no me exige que firme este formulario para poder recibir tratamientos o pagos ni para inscribirme o resultar elegible para beneficios.

Tengo derecho a revocar esta aprobación en cualquier momento mediante notificación escrita de mi revocación a Anthem. Entiendo que revocar esta aprobación no afectará ninguna medida que se haya tomado antes de que yo lo hiciera. También entiendo que la información que se divulga puede ser distribuida por la persona o el grupo que la recibe. Si eso sucede, esta podría dejar de estar protegida por la Norma de privacidad de la Ley de Responsabilidad y Transferibilidad de Seguros de Salud (HIPAA). Tengo derecho a obtener una copia de este formulario.

Firma del miembro o firma del tutor/representante legal designado X	Fecha (MMDDAAAA)
------------------------------------------------------------------------	------------------

5

6 **Tutor/representante legal designado.**
Complete esta sección solo si tiene documentación que respalde la representación legal.

Si una persona que no sea el miembro o uno de sus progenitores, por ejemplo un representante personal, un representante legal o un tutor, firma este formulario en nombre del miembro, proporcione lo siguiente:

- o Una copia del poder de representación duradero, general o para cuidado médico.
- o Una orden judicial u otra documentación que exhiba la custodia u otra documentación legal que demuestre la autoridad del representante legal para actuar en nombre del miembro.

Complete lo siguiente:

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

Envíe el formulario completo a:
Anthem Blue Cross and Blue Shield

Le recomendamos conservar una copia de este formulario para sus registros.

Solo para uso interno:	Número de seguimiento de la consulta
------------------------	--------------------------------------

2 de 2

Formulario de autorización del miembro



Este formulario debe completarlo un miembro si hay una solicitud para divulgar la información de salud del miembro a otra persona o compañía. Incluya la mayor cantidad de información posible.

Parte A: Información del miembro

Apellido del miembro		Nombre del miembro		Inicial del 2.º nombre	Fecha de nacimiento del miembro (MMDDAAAA)
Dirección del miembro		Ciudad		Estado	Código postal
Número de teléfono durante el día (con código de área)	Número de teléfono celular/móvil (con código de área)	Número de identificación (consulte la tarjeta de identificación)		Número de grupo (consulte la tarjeta de identificación)	

Parte B: Persona o compañía que recibirá esta información

Las siguientes personas o compañías tienen derecho a recibir mi información. (Deben tener 18 años o más). Escriba su nombre y apellido. Al escribir el nombre/apellido a continuación, autorizo a esa persona a recibir mi información.

Mi cónyuge (indique nombre y apellido)	Mis padres (si es mayor de 18 años; indique nombre y apellido)
Mi pareja doméstica (indique nombre y apellido)	Mi corredor o agente de seguros (indique el nombre de la compañía y el nombre y apellido si los conoce)
Mis hijos adultos (indique nombre y apellido)	Otro (indique el nombre y apellido [si lo conoce], el nombre de la compañía y la relación que tiene con usted)

Parte C: Información que puede divulgarse

Autorizo a Anthem Blue Cross and Blue Shield (Anthem) a utilizar o divulgar la siguiente información en mi nombre:
Marque solo una casilla.

Toda mi información. Esto puede incluir información sobre salud, un diagnóstico (nombre de una enfermedad o condición), reclamaciones, médicos y otros proveedores de cuidado médico e información financiera (como facturación y operaciones bancarias). No incluye información confidencial (consulte a continuación), a menos que se apruebe más abajo.

0

Solo información limitada (marque todas las casillas que correspondan a continuación).

<input type="checkbox"/> Apelación	<input type="checkbox"/> Elegibilidad e inscripción	<input type="checkbox"/> Referencia
<input type="checkbox"/> Beneficios y cobertura	<input type="checkbox"/> Información financiera	<input type="checkbox"/> Tratamiento
<input type="checkbox"/> Facturación	<input type="checkbox"/> Registros médicos	<input type="checkbox"/> Dental
<input type="checkbox"/> Reclamaciones y pago	<input type="checkbox"/> Certificación previa y preautorización (para la aprobación de tratamientos)	<input type="checkbox"/> Visión
<input type="checkbox"/> Médico y hospital		<input type="checkbox"/> Farmacia
<input type="checkbox"/> Diagnóstico (nombre de la enfermedad o condición) y procedimiento (tratamiento): _____		

Asimismo, autorizo a Anthem a divulgar los siguientes tipos de información confidencial (marque todas las casillas que correspondan):

Toda la información confidencial²

0

Solo información confidencial sobre los temas marcados a continuación

<input type="checkbox"/> Abuso (sexual/físico/psicológico)	<input type="checkbox"/> VIH o sida	<input type="checkbox"/> Salud reproductiva ³ (incluye aborto, maternidad, etc.)
<input type="checkbox"/> Trastorno de abuso de sustancias ^{1,2}	<input type="checkbox"/> Salud mental	
<input type="checkbox"/> Estudios genéticos	<input type="checkbox"/> Enfermedad de transmisión sexual	

1 Especifique el periodo de los registros que se divulgarán: _____
 Descripción de los registros que pueden divulgarse: _____

2 A menos que especifique lo contrario en este formulario, pretendo que la divulgación se extienda a todos los registros sobre trastorno de abuso de sustancias que Anthem tiene sobre mí. Entiendo que mis registros sobre trastorno de abuso de sustancias están protegidos por las leyes y normas federales y estatales sobre confidencialidad y no pueden divulgarse sin mi consentimiento por escrito, a menos que las leyes y normas establezcan lo contrario. También entiendo que puedo revocar (o cancelar) esta aprobación en cualquier momento o según se describe en la Parte E. Entiendo que no puedo cancelar esta aprobación cuando este formulario ya haya sido utilizado para divulgar información.

3 La salud reproductiva incluye, entre otros, infertilidad masculina y femenina, maternidad, pérdida del embarazo, aborto espontáneo, planificación familiar, control de natalidad, aborto optativo y cualquier otro cuidado o servicios relacionados.

Anthem Blue Cross and Blue Shield es el nombre comercial de las siguientes compañías: En Colorado: Rocky Mountain Hospital and Medical Service, Inc. Los productos de HMO están asegurados por HMO Colorado, Inc. En Connecticut: Anthem Health Plans, Inc. En Georgia: Blue Cross Blue Shield Healthcare Plan of Georgia, Inc. En Indiana: Anthem Insurance Companies, Inc. En Kentucky: Anthem Health Plans of Kentucky, Inc. En Maine: Anthem Health Plans of Maine, Inc. En Missouri (excepto en 30 condados del área de Kansas City): RightCHOICE® Managed Care, Inc. (RIT), Healthy Alliance® Life Insurance Company (HALIC) y HMO Missouri, Inc. RIT y ciertos afiliados administran los beneficios que no corresponden a planes HMO asegurados por HALIC y los beneficios de HMO asegurados por HMO Missouri, Inc. RIT y ciertos afiliados solo ofrecen servicios administrativos para planes auto-financiados y no aseguran beneficios. En Nevada: Rocky Mountain Hospital and Medical Service, Inc. Los productos de HMO están asegurados por HMO Colorado, Inc., que opera bajo el nombre comercial HMO Nevada. En New Hampshire: Anthem Health Plans of New Hampshire, Inc. Los planes HMO son administrados por Anthem Health Plans of New Hampshire, Inc. y están asegurados por Matthew Thornton Health Plan, Inc. En Ohio: Community Insurance Company. En Virginia: Anthem Health Plans of Virginia, Inc. opera como Anthem Blue Cross and Blue Shield en Virginia, y el área de servicio abarca la totalidad de Virginia, con excepción de la ciudad de Fairfax, el pueblo de Vienna y el área al este de la State Route 123. En Wisconsin: Blue Cross Blue Shield of Wisconsin (BCBSWI) asegura o administra las pólizas de los planes PPO y de indemnización, y asegura los beneficios fuera de la red de las pólizas de POS ofrecidos por CompCare Health Services Insurance Corporation (CompCare) o Wisconsin Collaborative Insurance Corporation (WCIC). CompCare asegura o administra pólizas de HMO o POS; WCIC asegura o administra pólizas de Well Priority HMO o POS. Licenciarios independientes de Blue Cross Blue Shield Association. Anthem es una marca comercial registrada de Anthem Insurance Companies, Inc. 109931MUMSPABS Rev. 11/22

Parte D: Propósito de esta aprobación (marque solo una casilla).

Para divulgar la información según se muestra en este formulario.

0

Por estas razones:

Parte E: Fecha en la que expira su aprobación (marque solo una casilla).

Si este documento no se revocó anteriormente, esta aprobación finalizará en la más próxima de estas fechas:

Un año desde la fecha de la firma en la Parte F.

0

Antes de cumplirse el año y en la fecha, el evento o la condición que se describe a continuación:

Parte F: Revisión y aprobación

He leído los contenidos de este formulario. Entiendo, acepto y permito que Anthem utilice y divulgue mi información según lo indiqué más arriba o según lo requerido por las leyes vigentes. También entiendo que la firma de este formulario es por voluntad propia. Entiendo que Anthem no me exige que firme este formulario para poder recibir tratamientos o pagos ni para inscribirme o resultar elegible para beneficios.

Tengo derecho a revocar esta aprobación en cualquier momento mediante notificación escrita de mi revocación a Anthem. Entiendo que revocar esta aprobación no afectará ninguna medida que se haya tomado antes de que yo lo hiciera. También entiendo que la información que se divulga puede ser distribuida por la persona o el grupo que la recibe. Si eso sucede, esta podría dejar de estar protegida por la Norma de privacidad de la Ley de Responsabilidad y Transferibilidad de Seguros de Salud (HIPAA). Tengo derecho a obtener una copia de este formulario.

Firma del miembro o firma del tutor/representante legal designado

X

Fecha (MMDDAAAA)

Tutor/representante legal designado.

Complete esta sección solo si tiene documentación que respalde la representación legal.

Si una persona que no sea el miembro o uno de sus progenitores, por ejemplo un representante personal, un representante legal o un tutor, firma este formulario en nombre del miembro, proporcione lo siguiente:

- Una copia del poder de representación duradero, general o para cuidado médico.

0

- Una orden judicial u otra documentación que exhiba la custodia u otra documentación legal que demuestre la autoridad del representante legal para actuar en nombre del miembro.

Complete lo siguiente:

Representante legal (escriba el nombre completo en letra de imprenta)

Relación legal con el miembro

Dirección del representante legal

Ciudad

Estado

Código postal

Firma

X

Fecha (MMDDAAAA)

Envíe el formulario completo a:

Anthem Blue Cross and Blue Shield

Le recomendamos conservar una copia de este formulario para sus registros.

Solo para uso interno:

Número de seguimiento de la consulta