



[Date]

Identificación del miembro: [Member ID number]

**Necesitamos su confirmación antes de proporcionar sus registros a terceros.
Complete el formulario y firmelo.**

Estimado/a miembro:

Antes de entregar sus registros a otras personas, necesitamos que rellene el formulario adjunto a esta carta. Luego, envíenoslo. Este formulario nos indicará a quién podemos entregar sus registros.

El formulario tendrá validez por un año desde la fecha en que usted lo firma, a menos que usted quiera revocarlo antes.

Asegúrese de completar todo el formulario. Guarde una copia para sus registros. No modifique el formulario ni deje espacios en blanco. Si hay algún problema, o si tenemos preguntas, le enviaremos una carta o nos comunicaremos por teléfono con usted.

Una vez que tengamos el formulario firmado, lo procesaremos rápidamente. Si tiene preguntas, llame a Servicios para Miembros al 844-912-0938 (TTY 711) de lunes a viernes de 7 a.m. a 8 p.m. hora del Este y pida hablar con la Unidad de Privacidad de los Miembros.

Cordialmente,

Unidad de Privacidad de los Miembros
Anthem Blue Cross and Blue Shield

Documentos adjuntos: Aviso sobre no discriminación
 Obtenga ayuda en otros idiomas

[anthem.com/oh/medicaid](https://www.anthem.com/oh/medicaid)

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

1038596OHMSPABS 01/22

Lea lo siguiente para poder completar la primera página de este formulario.

PARTE A: Miembro

1. Escriba su apellido, nombre y la primera letra de su segundo nombre en letra de imprenta.
2. Escriba su fecha de nacimiento de la siguiente manera: mm/dd/aaaa. Por ejemplo, si nació el 5 de octubre de 1960, debe escribir 10/05/1960.
3. Escriba su domicilio completo, ciudad, estado y código postal.
4. Incluya un número de teléfono diurno (con código de área incluido) donde podamos contactarlo.


PARTE B: Personas o compañías que recibirán mis registros

5. Marque la casilla de la persona o compañía a la que permitirá ver sus registros y escriba el nombre completo de esa persona o compañía. Indíquenos el nombre completo de la persona o compañía. Por favor sea específico. No use términos generales como “mi hija” o “mi hijo”.
6. Si marca la casilla “Otra persona o compañía”, indique:
 - Nombre y apellido (si lo sabe).
 - Nombre de la compañía (si aplica).
 - Y la relación que tienen con usted.

PARTE C: Mis registros

Indique qué información podremos divulgar: toda la información o solo una parte.

7. Para entregar toda su información, marque la primera casilla.
8. Para entregar parte de su información, marque la segunda casilla.
9. La última sección se refiere a los temas que posiblemente son muy personales o muy privados para usted. Marque esas casillas si está de acuerdo con que podemos entregar este tipo de información.



FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN DEL MIEMBRO

Este formulario debe ser completado por el miembro o una persona que tenga el derecho legal de actuar en representación del miembro. Esto autoriza a una persona o compañía a consultar los registros del miembro. Incluya toda la información posible sobre usted mismo. Si necesita ayuda, consulte la carta adjunta a este formulario. Allí se indica cómo completar cada parte. También puede llamar al número de Servicios para Miembros que figura en su tarjeta de identificación del miembro.

PARTE A: MIEMBRO			
Apellido del miembro	Nombre del miembro	Inicial del segundo nombre	Fecha de nacimiento del miembro
Dirección del miembro	Ciudad	Estado	Código postal
Número de teléfono diurno (con código de área)			
PARTE B: PERSONAS O COMPAÑÍAS QUE RECIBIRÁN MIS REGISTROS			
Las personas o compañías listadas y marcadas abajo tienen derecho a consultar mis registros. (Deben tener 18 años o más). Marque las casillas que correspondan. Indique nombres y apellidos.			
<input type="checkbox"/> Mi cónyuge (nombre y apellido)	<input type="checkbox"/> Mis padres (si es mayor de 18 años, indique nombres y apellidos)		
<input type="checkbox"/> Mis hijos adultos (nombres y apellidos)	<input type="checkbox"/> Otro (nombre y apellido, si lo sabe. Podría ser una persona o el nombre de una compañía. También indique qué relación tiene esta persona o compañía con usted).		
PARTE C: MIS REGISTROS			
Autorizo a Anthem a compartir los siguientes registros. (Marque solo una casilla):			
<input type="checkbox"/> Todos mis registros de salud. Esto incluye información sobre su salud, diagnósticos (nombre de la enfermedad o el trastorno), reclamaciones, los nombres de los médicos y otros proveedores de cuidado médico. Los registros también pueden incluir los relacionados con el dinero como la información de facturación y bancaria. Si marca esta casilla, ningún tercero podrá tener acceso a los registros con información sensible (muy personal), excepto que usted lo autorice a continuación.			
O BIEN			
<input type="checkbox"/> Solo algunos registros. (Marque todas las opciones que correspondan).			
<input type="checkbox"/> Apelación	<input type="checkbox"/> Médicos y hospitales	<input type="checkbox"/> Referencia (cuando su doctor principal aprueba una consulta con un médico especializado para un tratamiento determinado)	
<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"/> Salud dental	
<input type="checkbox"/> Reclamaciones y pagos	<input type="checkbox"/> Certificación y autorización previas (para aprobaciones de tratamientos). Esto se refiere a cuando le otorgamos aprobación para un tratamiento.	<input type="checkbox"/> Vista	
<input type="checkbox"/> Diagnósticos (nombre de la enfermedad o el trastorno)		<input type="checkbox"/> Farmacia	
<input type="checkbox"/> Elegibilidad		<input type="checkbox"/> Otro: _____	
Asimismo, autorizo a Anthem a divulgar la siguiente información sensible (muy personal). Marque todas las casillas que correspondan.			
<input type="checkbox"/> Toda la información sensible a continuación?			
O BIEN			
<input type="checkbox"/> Solo algunos registros sobre temas marcados a continuación			
<input type="checkbox"/> Aborto	<input type="checkbox"/> Pruebas genéticas	<input type="checkbox"/> Salud mental	
<input type="checkbox"/> Abuso (sexual/físico/mental)	<input type="checkbox"/> Situación de embarazo	<input type="checkbox"/> Enfermedades de transmisión sexual transmitidas a otras personas	
	<input type="checkbox"/> VIH o SIDA		

Lea lo siguiente para poder completar la segunda página de este formulario.

PARTE D: Motivos por los cuales desea compartir sus registros

- 10. La primera casilla nos indica que entreguemos sus registros por los motivos que se indican en este formulario.
- 11. La segunda casilla nos indica un motivo en particular. Esto puede ser un reclamo por un seguro de vida. Esto puede presentarse con abogado o con un miembro de la familia. Escriba el motivo en el espacio correspondiente.

PARTE E: Revisión y firma

Una vez que firme el formulario, tendrá validez por:

- 12. Marque la primera casilla para indicar un año. Ese es el plazo usual.
- 13. Marque la segunda casilla si quiere indicar que el formulario tendrá validez por menos de un año. Luego indique la fecha de finalización que desee.
- 14. **Firme con su nombre y escriba la fecha en el formulario.** Su nombre y firma *deben* coincidir con lo que escribió en la Parte A.
- 15. Si usted está firmando este formulario en nombre de alguien: Si tiene documentos que indican que tiene un poder de representación para el cuidado médico o es tutor legal o curador, debe hacer lo siguiente:

- Rellene el campo **Persona jurídica o tutor legal designado**.
- Entréguenos una copia del documento legal que demuestre que tiene un poder representación. Presente la copia junto con este formulario.

Estos son algunos modelos de documentos legales. Estos documentos se utilizan cuando una persona necesita que otra tome decisiones por ella.

- **Poder de representación para el cuidado médico, general, o duradero.** Este documento otorga a una persona la facultad legal para actuar en su nombre. Esta persona puede tomar decisiones de cuidado médico por usted. Puede contener lo siguiente: “Para hacerse cargo de mi persona en caso de cualquier tipo de enfermedad”. También es posible que diga: “Y, en general, para hacer y actuar en mi nombre respecto de todo lo que yo haría si no estuviera aquí”.
- **Tutela legal.** Es cuando la corte designa a alguien para encargarse del cuidado de otra persona.
- **Tutela.** Esto ocurre cuando un juez designa a una persona para que esté a cargo. Y sucede cuando una persona no puede tomar sus propias decisiones.
- **Ejecutor de la sucesión.** Este tipo de documento se utiliza cuando la persona de la cual se habla ha fallecido.

<input type="checkbox"/> Trastorno por abuso de sustancias ^{1, 2} Descripción de los registros que pueden divulgarse: (como tratamientos contra el alcoholismo y/o la drogadicción)		<input type="checkbox"/> Otro: _____	
1 Especifique el periodo en que se pueden divulgar los registros: _____ Descripción de los registros que pueden divulgarse: _____ 2 Mi intención es que se divulguen todos los registros que tiene Anthem acerca de mi trastorno por abuso de sustancias, a menos que indique lo contrario en este formulario. Sé que los registros sobre mi trastorno por abuso de sustancias están protegidos conforme a las leyes y regulaciones estatales y generales. En este formulario, se mantiene la privacidad de estos registros. No podrá divulgarse ningún registro sin mi autorización por escrito, a menos que las leyes y regulaciones indiquen lo contrario. También sé que puedo revocar el permiso en cualquier momento. O como se indica en la Parte E a continuación. Comprendo que no puedo cancelar este formulario firmado una vez que se hayan proporcionado los registros de salud.			
PARTE D: MOTIVOS POR LOS CUALES DESEA COMPARTIR SUS REGISTROS (marque solo una casilla)			
<input type="checkbox"/> Por los motivos que se indican en este formulario (salud, un diagnóstico (nombre de la enfermedad o trastorno), reclamación o facturación)			
O BIEN			
<input type="checkbox"/> Motivos especiales: _____			
PARTE E: REVISIÓN Y FIRMA (marque solo una casilla)			
Una vez que firme y envíe el formulario, tendrá validez por:			
<input type="checkbox"/> Un año a partir de la fecha en que firmé el formulario.			
O BIEN			
<input type="checkbox"/> Antes de un año y en la fecha que se indica Fecha _____			
He leído cada parte de este formulario. Estoy informado, estoy de acuerdo y autorizo a Anthem a divulgar mis registros como lo establecí previamente. Comprendo además que firmé este formulario por mi propia voluntad. Comprendo que no debo firmar este formulario para obtener tratamiento, pagos o beneficios. Tengo el derecho de modificar las decisiones tomadas en este formulario en cualquier momento. Le informaré a Anthem por escrito al respecto. Entiendo que la revocación de esta autorización no afectará ninguna acción tomada previamente a la revocación. También comprendo que cualquier registro que obtenga una persona o grupo (autorizado por mí) puede divulgarse. Si esto ocurre, los registros ya no estarán protegidos por la norma de privacidad de la HIPAA.			
Firma del miembro (si el miembro es menor, firma del padre o de la madre)			Fecha
_____			_____
PERSONA JURÍDICA O TUTOR LEGAL DESIGNADO (solo complete esta sección si tiene documentación que respalde la representación legal)			
En el caso de que otra persona firme en nombre del miembro (persona a cargo del miembro), necesitamos que complete estos documentos:			
<input type="checkbox"/> Una copia del poder notarial general o duradero para cuidado médico.			
<input type="checkbox"/> Una orden judicial u otra constancia. Esto indica que una persona tiene el derecho legal de encargarse del cuidado de otra persona. Otra constancia puede ser un documento legal que indique que un tercero puede actuar en nombre del miembro. Complete lo siguiente:			
Representante legal del miembro (nombre completo en letra de imprenta)		Relación del representante legal con el miembro	
Domicilio del representante legal	Ciudad	Estado	Código postal
_____	_____	_____	_____
Firma		Fecha	
X _____		_____	
Llene este formulario y envíelo de vuelta por correo a: Member Privacy Unit P.O. Box 62509 Virginia Beach, VA 23466			

FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN DEL MIEMBRO

Este formulario debe ser completado por el miembro o una persona que tenga el derecho legal de actuar en representación del miembro. Esto autoriza a una persona o compañía a consultar los registros del miembro. Incluya toda la información posible sobre usted mismo. Si necesita ayuda, consulte la carta adjunta a este formulario. Allí se indica cómo completar cada parte. También puede llamar al número de Servicios para Miembros que figura en su tarjeta de identificación del miembro.

PARTE A: MIEMBRO

Apellido del miembro	Nombre del miembro	Inicial del segundo nombre	Fecha de nacimiento del miembro
Dirección del miembro	Ciudad	Estado	Código postal
	Número de teléfono diurno (con código de área)		

PARTE B: PERSONAS O COMPAÑÍAS QUE RECIBIRÁN MIS REGISTROS

Las personas o compañías listadas y marcadas abajo tienen derecho a consultar mis registros. (Deben tener 18 años o más.) Marque las casillas que correspondan. Indique nombres y apellidos.

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

PARTE C: MIS REGISTROS

Autorizo a Anthem a compartir los siguientes registros. (Marque solo una casilla.):

Todos mis registros de salud. Esto incluye información sobre su salud, diagnósticos (nombre de la enfermedad o el problema de salud), reclamaciones, los nombres de los médicos y otros proveedores de cuidado médico. Los registros también pueden incluir los relacionados con el dinero como la información de facturación y bancaria. Si marca esta casilla, ningún tercero podrá tener acceso a los registros con información sensible (muy personal), excepto que usted lo autorice a continuación.

O BIEN

Solo algunos registros. (Marque todas las opciones que correspondan).

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Apelación | <input type="checkbox"/> Médicos y hospitales | <input type="checkbox"/> Referencia (cuando su doctor principal aprueba una consulta con un médico especializado para un tratamiento determinado) |
| <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"/> Salud dental |
| <input type="checkbox"/> Reclamaciones y pagos | <input type="checkbox"/> Certificación | <input type="checkbox"/> Vista |
| <input type="checkbox"/> Diagnósticos (nombre de la enfermedad o el problema de salud) | <input type="checkbox"/> y preautorización (para aprobaciones de tratamientos). Esto se refiere a cuando le otorgamos aprobación para un tratamiento. | <input type="checkbox"/> Farmacia |
| <input type="checkbox"/> Elegibilidad | | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |

Asimismo, autorizo a Anthem a divulgar la siguiente información sensible (muy personal). Marque todas las casillas que correspondan.

Toda la información sensible a continuación²

O BIEN

Solo algunos registros sobre temas marcados a continuación

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Aborto | <input type="checkbox"/> Pruebas genéticas | <input type="checkbox"/> Salud mental |
| <input type="checkbox"/> Abuso (sexual/físico/mental) | <input type="checkbox"/> Situación de embarazo | <input type="checkbox"/> Enfermedades de transmisión sexual transmitidas a otras personas |
| <input type="checkbox"/> VIH o SIDA | | |

Trastorno por abuso de sustancias^{1, 2} (como tratamientos contra el alcoholismo y/o la drogadicción)

Otro: _____

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

2 Mi intención es que se divulguen todos los registros que tiene Anthem acerca de mi trastorno por abuso de sustancias, a menos que indique lo contrario en este formulario. Sé que los registros sobre mi trastorno por abuso de sustancias están protegidos conforme a las leyes y regulaciones estatales y generales. En este formulario, se mantiene la privacidad de estos registros. No podrá divulgarse ningún registro sin mi autorización por escrito, a menos que las leyes y regulaciones indiquen lo contrario También sé que puedo revocar el permiso en cualquier momento. O como se indica en la Parte E a continuación. Comprendo que no puedo cancelar este formulario firmado una vez que se hayan proporcionado los registros de salud.

PARTE D: MOTIVOS POR LOS CUALES DESEA COMPARTIR SUS REGISTROS (marque solo una casilla)

Por los motivos que se indican en este formulario (salud, un diagnóstico (nombre de la enfermedad o problema de salud), reclamación o facturación)

O BIEN

Motivos especiales:

PARTE E: REVISIÓN Y FIRMA (marque solo una casilla)

Una vez que firme y envíe el formulario, tendrá validez por:

Un año a partir de la fecha en que firmé el formulario.

O BIEN

Antes de un año y en la fecha que se indica Fecha

He leído cada parte de este formulario. Estoy informado, estoy de acuerdo y autorizo a Anthem a divulgar mis registros como lo establecí previamente. Comprendo además que firmé este formulario por mi propia voluntad. Comprendo que no debo firmar este formulario para obtener tratamiento, pagos o beneficios. Tengo el derecho de modificar las decisiones tomadas en este formulario en cualquier momento. Le informaré a Anthem por escrito al respecto. Entiendo que la revocación de esta autorización no afectará ninguna acción tomada previamente a la revocación. También comprendo que cualquier registro que obtenga una persona o grupo (autorizado por mí) puede divulgarse. Si esto ocurre, los registros ya no estarán protegidos por la norma de privacidad de la HIPAA.

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

PERSONA JURÍDICA O TUTOR LEGAL DESIGNADO
(Solo complete esta sección si tiene documentación que respalde la representación legal).

En el caso de que otra persona firme en nombre del miembro (persona a cargo del miembro), necesitamos que complete estos documentos:

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

O BIEN

Una orden judicial u otra constancia. Esto indica que una persona tiene el derecho legal de encargarse del cuidado de otra persona. Otra constancia puede ser un documento legal que indique que un tercero puede actuar en nombre del miembro.

Complete lo siguiente:

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

Llene este formulario y envíelo de vuelta por correo a:

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