

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN PROTEGIDA DE SALU

Nombre completo _____

N.º de identificación de Regence

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

 Fecha de nacimiento _____

Autorizo a Regence BlueShield a divulgar la siguiente información:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Información sobre inscripción y elegibilidad | <input type="checkbox"/> Reclamaciones, estado de reclamaciones e historial de reclamaciones* |
| <input type="checkbox"/> Registros médicos y diagnóstico* | <input type="checkbox"/> Información sobre primas y facturación |
| <input type="checkbox"/> Notas de psicoterapia* | <input type="checkbox"/> Otros _____ |

Regence BlueShield tiene autorización para divulgar la información identificada con anterioridad a la(s) siguiente(s) persona(s) o entidad(es):

Nombre _____ Nombre _____

Dirección _____ Dirección _____

Teléfono _____ Teléfono _____

La finalidad de esta divulgación es: ayudarme con mi plan de salud
 otra _____

La presente autorización tendrá validez durante dos años a partir de la fecha de mi firma o hasta _____
_____ (no puede superar los dos años a partir de la fecha de firma).

Puedo cancelar esta autorización en cualquier momento enviando un aviso por escrito a Regence BlueShield, P.O. Box 1271, MS-C7A, Portland, OR 97207-1271. La cancelación de la presente autorización no afectará ninguna medida que Regence BlueShield haya tomado antes de recibir mi aviso de cancelación.

Comprendo que completar esta autorización no es una condición para recibir tratamiento, pago o para considerarme elegible. Regence BlueShield no asume responsabilidad alguna por las acciones de los destinatarios autorizados de mi información protegida de salud. Estoy consciente de que es posible que un destinatario autorizado divulgue mi información y se pierdan las protecciones de privacidad dispuestas por ley.

▶ _____
Firmado _____ Fechado _____

Si esta autorización es firmada por una persona que actúa en nombre de otra persona, complete la siguiente sección y adjunte la documentación que demuestre su autorización para actuar en nombre de otra persona.

Nombre del representante personal (en letra de imprenta) _____ Teléfono _____ Parentesco _____

▶ _____
Firma del representante personal _____

*Nota: la información referida a reclamaciones, historia clínica, diagnóstico y notas de psicoterapia puede incluir datos confidenciales, inclusive los datos que se relacionan con el tratamiento de la dependencia de sustancias químicas, enfermedades de transmisión sexual, VIH/SIDA, salud mental, y reproducción o anticoncepción. **NO** marque las casillas que autorizan la divulgación de reclamaciones, historia clínica, diagnóstico, o notas de psicoterapia si no desea divulgar información acerca de estas condiciones confidenciales.



Regence

Regence BlueShield
1800 Ninth Avenue
Seattle, WA 98101

Regence BlueShield is an Independent Licensee
of the Blue Cross and Blue Shield Association

Envíe el formulario completo a: P.O. Box 1271 MS-C7A, Portland OR 97207-1271.

