FirstCare HEALTH PLANS

Permiso para la Comunicación Verbal y Escrita

FirstCare Health Plans (FirstCare), propiedad de Scott and White Health Plan—parte de Baylor Scott & White Health, están obligados por la ley de privacidad de HIPAA a recibir autorización antes de divulgar informacion privada individual. Por favor firme y verifique la información que se dará a conocer. Para menores de edad, si el titular del contrator es alguien que no sea un padre o tutor legal, el padre o tutor legal firma y verifica la información que se divulgará.

Por la presente autorizo que la siguiente información sea liberada del registro de: (Por favor, escriba en imprenta)

_____

**Nombre del miembro* **Fecha de nacimiento* **Número(s) de teléfono* **Número de identificacion de miembro*

Permito que el personal de FirstCare discuta mi información personal de FirstCare, en persona y/o por teléfono o por solicitud de internet con la persona nombrada a continuación que esta involucrada en la cobertura de mi plan de salud, para los siguientes propósitos:

- ☐ Información de beneficios
- ☐ Facturación/prima
- ☐ Quejas/apelaciones (abrir/recibir informacion)
- ☐ Ayuda para citas
- ☐ Cambios demográficos
- ☐ Solicitud/elegibilidad
- ☐ Información de reclamos
- ☐ Autorizaciones/referencias
- ☐ Encargar materiales
- ☐ Tarjetas de identificación
- ☐ Seguridad de información (registración/nombre de usuario/contraseña)

Entiendo que este documento se aplica a todos los departamentos dentro de FirstCare. Entiendo que esta autorización es voluntaria y que, una vez que esta información se divulgue a la persona designada, puede que ya no esté protegida por las leyes de privacidad estatales o federales.

_____

**Nombre de persona autorizada* **Relación con el miembro* *Numero de teléfono*

Además, entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento, enviando una declaración de revocación por escrito a FirstCare, en la medida que FirstCare ya haya usado esta autorización.

*Este documento de Permiso para la Comunicación Verbal y Escrita caducará despues de la revocación o en la fecha o evento especificado aqui: _____

_____

**Firma del miembro* **Fecha*

_____

**Firma del representante* **Fecha*

Por favor devuelva el formulario completo por correo, fax o correo electronico.

Correo: FirstCare Health Plans
Attn: Customer Service Department
901 W. Loop 289 Ste.9
Lubbock, TX 79407

Fax: 877-878-8422
Correo electronico: CS-informationcenter@firstcare.com

**Required Fields*