



## Instrucciones Para Completar el Formulario Estándar de Autorización Para completar el formulario vaya a la página 4 ó 5

Bajo la regla de privacidad de HIPAA, una **persona** puede autorizar la divulgación de su información de salud protegida (PHI) a una persona o entidad específica. Por favor siga las instrucciones siguientes para completar el Formulario Estándar de Autorización de los Planes de Salud de FirstCare. El formulario es para usar o divulgar la Información de Salud Protegida (PHI). Si necesita ayuda para completarlo, por favor llame a Servicio al Cliente al número que aparece en la parte de atrás de su tarjeta de Identificación de Membresía de los Planes de Salud de FirstCare.

Por favor recuerde:

- Un **formulario de autorización** puede ser usado para una variedad de proveedores y/o servicios múltiples.
- Los formularios de **autorización** pueden ser completados reclamo por reclamo, procedimiento por procedimiento, o por servicios dentro de tiempos específicos.
- El uso **individual** del **formulario de autorización** es siempre voluntario.

### I. Individual (Nombre e información de la persona de quién la información de salud está siendo revelada):

|                          |                              |                      |
|--------------------------|------------------------------|----------------------|
| <b>Jim Doe</b>           |                              | <b>08-25-1966</b>    |
| Nombre                   |                              | Fecha de Nacimiento  |
| <b>123456</b>            | <b>GPD122334569</b>          | <b>987-65-4321</b>   |
| Grupo #                  | Identificación/Subscriptor # | Número Seguro Social |
| <b>1234 Broad Street</b> | <b>Textown</b>               | <b>TX 54321</b>      |
| Dirección                | Ciudad                       | Estado Código Postal |
| <b>512-000-1212</b>      |                              |                      |
| Código y Teléfono        |                              |                      |

Toda la información en la **Sección I** pertenece a la persona para quién la autorización es solicitada. La persona puede ser el miembro, su esposa o esposo, un dependiente o cualquier otro **individuo** cubierto o solicitando cobertura bajo la membresía del subscriptor. Toda la información en esta sección es **requerida**. En este ejemplo, Jane Doe es la persona para quién la autorización esta siendo solicitada.

### II. Autorización y Propósito:

Solicito y autorizo a los Planes de Salud de FirstCare a revelar mi información de la salud protegida como está explicado más adelante. **Entiendo que si la persona/organización autorizada a recibir y usar la información no es un plan de salud o un proveedor del cuidado de salud la información revelada puede no tener más la protección de la regulaciones federales de privacidad.**

|  |                 |                                  |
|--|-----------------|----------------------------------|
| <b>Sara Smith</b>  | <b>Daughter</b> | <b>Assisting in medical care</b> |
| Personas/Organizaciones autorizadas a recibir su información | Relación        | Propósito                        |
| <b>678 Bill Road</b>   | <b>Textown</b>  | <b>TX 56789</b>                  |
| Dirección  | Ciudad          | Estado Código Postal             |

**Sección II** identifica a la persona/entidad que recibirá la PHI de la persona identificada en la Sección I. Una persona podría autorizar el revelado de su PHI a un amigo cercano, agente, un abogado, o un miembro específico del personal de beneficios del empleador. La persona puede también autorizar el revelado a una organización. Incluye la información que identifica al departamento de la organización que recibe la PHI (e.j. Representantes de Beneficios, Departamento de Recursos Humanos, Compañía de Seguro, etc.). En este ejemplo, Jane Doe ha identificado a su hija, Suzy Smith como la persona autorizada para recibir su información.



**III. Descripción Específica de la Información a Ser Usada o Revelada** *(Por favor complete Partes A y B en esta sección)*

**Esta Autorización NO PUEDE ser usada para revelar Notas Psicoterapéuticas.**

La sección III le ayudará a determinar qué PHI de la persona identificada en Sección I permite que la persona/entidad identificada en sección II va a recibir. Esta sección tiene dos partes, y ambas deben ser completadas.

**A. Revelar la Información Protegida Sensitiva de Salud bajo la Ley Estatal**

Debe elegir ‘sí’ o ‘no’ si autoriza que se revele la información médica, resultados de pruebas o comunicaciones específicas a *(nota: “sí” significa que esta información está incluida en las categorías que designó en Parte B, más adelante):*

- Virus de Inmunodeficiencia Humana (HIV) o HIV/Síndrome de la Inmunodeficiencia Adquirida o SIDA Sí
- Enfermedades “comunicables” o transmitidas sexualmente (incluyen hepatitis, como también enfermedades venéreas); No
- Abuso de drogas, alcohol u otras sustancias;
- Salud mental o discapacidades del desarrollo (incluyendo retraso mental o discapacidades similares, por ejemplo, las atribuidas a parálisis cerebral, autismo o disfunciones neurológicas), y
- Pruebas genéticas.

**Sección III A.** Pregunta si la persona que autoriza identificada en la sección I desea que la persona/entidad identificada en la sección II reciba la Información Protegida de Salud **Sensitiva** (SPHI). SPHI son ciertos tipos de información de salud para el cual varias leyes estatales exigen protección extra. De todas maneras debe elegir “**Sí**” o “**No**”. En este ejemplo, Jane está de acuerdo en que Suzy reciba su SPHI.

**B. Revelado de la Información de la Salud Protegida** *(marque una ó más)*

|  |  | <b>Fechas de Servicio</b>   |   |
|--|--|---|---|
|  |  | <b>De:</b>  | <b>Para:</b>                                    |
| <input type="checkbox"/>   | Información de Beneficios del Plan de Salud: | Incluye información contenida en el manual de beneficios (e.j. co-pagos, co-seguros, elegibilidad y otra información de los beneficios).  | _____   |
| <input checked="" type="checkbox"/>                                      | Información Reclamos:                        | Incluye información relacionada al pago de sus facturas por servicios recibidos, incluyendo información pertinente localizada en un formulario de reclamo (e.j. cantidad girada, descripciones generales del pago de facturas o razones para la negación de servicios, etc.). | _____ <u>9-19-06</u> _____ <u>7-25-09</u> _____ |
| <input type="checkbox"/>   | Información Determinación del Servicio::     | Incluye cualquier información relacionada previa al servicio, concurrentes y decisiones posteriores al servicio   | _____   |
| <input type="checkbox"/>   | Pagos  | Incluye información relacionas a los ciclos de facturación, cambios en giros bancarios  | _____   |
| <input type="checkbox"/>   | Servicios del (proveedor o abastecedor):     | Nombre del Proveedor: _____<br>(Incluye información relacionada a servicios realizados para un proveedor o abastecedor específico)  | _____   |
| <input type="checkbox"/>   | Otros:                                       | _____   | _____   |
| (Especifique otra información no incluida en las categorías anteriores.) |  |   |   |

**Sección III B.** Pregunta por los tipos específicos de información que la persona identificada en Sección I que está autorizando a los Planes de Salud de FirstCare a revelar a la persona/entidad identificada en Sección II. En este ejemplo, Jane esta autorizando a los Planes de Salud de FirstCare a proveer a su hija la información de los reclamos por el periodo indicado. “Fechas del Servicio” significa revelar la información por los servicios del cuidado de la salud que la persona ha recibido durante un periodo de tiempo particular. Por ejemplo, en este caso Jane Doe está autorizando a los Planes de Salud de FirstCare a revelar la información de los reclamos servicios al cuidado de salud provistos desde el 19 de septiembre del 2006 hasta el 25 de julio del 2009.





**Formulario Estándar de Autorización  
Para Usar o Revelar  
Información Protegida de la Salud (PHI)**

**I. Individual** (Nombre e información de la persona de quién la información de salud está siendo revelada):

|                            |                              |
|----------------------------|------------------------------|
| Nombre                     | Fecha de Nacimiento          |
| Grupo #                    | Identificación/Subscriptor # |
| Dirección                  | Número Seguro Social         |
| Código del Área y Teléfono | Ciudad Estado Código Postal  |

**II. Autorización y Propósito:**

Solicito y autorizo a los Planes de Salud de FirstCare a revelar mi información protegida de la salud como está explicado a continuación. **Entiendo que si la persona/organización autorizada a recibir y usar la información no es un proveedor del cuidado de salud o plan de salud, la información revelada puede no tener más la protección de la regulaciones federales de privacidad.**

|  |          |                      |
|--|----------|----------------------|
| Personas/Organizaciones autorizadas a recibir su información | Relación | Propósito            |
| Dirección  | Ciudad   | Estado Código Postal |

**III. Descripción Específica de la Información a ser usada o Revelada** (Por favor complete las partes A y B en esta sección)

**A. Revelar la Información Protegida Sensitiva de Salud bajo la Ley Estatal**

Debe elegir ‘sí’ o ‘no’ si autoriza que se revele la información médica, resultados de pruebas o comunicaciones específicas a (nota: “sí” significa que esta información está incluida en las categorías que designó en Parte B, más adelante):

- Virus de Inmunodeficiencia Humana (HIV) o HIV/Síndrome de la Inmunodeficiencia Adquirida o SIDA Sí
- Enfermedades “comunicables” o transmitidas sexualmente (incluyen hepatitis, como también enfermedades venéreas); No
- Abuso de drogas, alcohol u otras sustancias;
- Salud mental o discapacidades del desarrollo (incluyendo retraso mental o discapacidades similares, por ejemplo, las atribuidas a parálisis cerebral, autismo o disfunciones neurológicas), y • Pruebas genéticas.

**B. Revelado de la Información de la Salud Protegida** (marque una ó más)

Datos de los Servicios

|  |  |                           |
|--|--|---------------------------|
| Información de Beneficios del Plan de Salud: | Incluye información contenida en el manual de beneficios (e.j. co-pagos, co-seguros, elegibilidad y otra información de los beneficios).   | Desde: _____ Hasta: _____ |
| Reclamamos:                                  | Incluye información relacionada al pago de sus facturas por servicios recibidos, incluyendo información pertinente localizada en un formulario de reclamo (e.j. cantidad girada, descripciones generales del procedimiento del pago de facturas o razones para la negación, etc.). | _____                     |
| Información de Determinación del Servicio:   | Incluye cualquier información relacionada previo al servicio, concurrentes y decisiones posteriores al servicio  | _____                     |
| Pagos  | Incluye información relacionadas a los ciclos de facturación, cambios en giros bancarios   | _____                     |
| Servicios del (proveedor o abastecedor):     | Nombre del Proveedor: _____<br>(Incluye información relacionada a servicios realizados para un proveedor o abastecedor específico)   | _____                     |
| Otros:                                       | _____<br>(Especifique otra información no incluida en las categorías anteriores.)  |                           |



**IV. Expiración y Anulación:**

**Expiración:** Esta autorización expirará el (debe elegir una):

- Un año desde la fecha de la firma
- Otro (inserte fecha o evento): \_\_\_\_\_

**Derecho de Anular:** Entiendo que puedo anular esta autorización en cualquier momento entregando una nota escrita a la dirección indicada en este formulario. **Entiendo que la anulación de esta autorización no afectará ninguna acción que la entidad mencionada arriba haya tomado en relación a esta autorización antes de que la entidad mencionada recibiera cualquier nota escrita de anulación.**

Sección IV. Pide la fecha de “expiración” y una declaración relacionada a los derechos de la persona para anularla. Todas las autorizaciones válidas deben tener una fecha de expiración específica o de un evento que cause la expiración (e.j. “**fecha del fin de la hospitalización, fecha de terminación de una rehabilitación**” etc.). En este ejemplo, la autorización permanecerá válida por el periodo de un año desde la fecha de la firma, o hasta que Jane anule la autorización.

**V. Firma** (este documento debe ser firmado por la persona, padre de un menor o el individuo que representa a la persona):

Entiendo que esta autorización es voluntaria que el plan de salud no puede condicionar mi elegibilidad para beneficios, tratamiento, inscripción o pago de las facturas al momento de la firma de esta autorización. Entiendo que si estoy firmando en nombre de un menor, esta autorización expirará en el momento en que el niño cumpla los 18 años de edad, a menos de que exista una prueba legal de tutoría.

\_\_\_\_\_  
**Firma** **Fecha: mes/día/año**  
**Si está firmando un Poder Legal, Guardián Legal, Ejecutor o Administrador, complete lo siguiente y adjunte una copia de los documentos legales. NO tiene que adjuntar copias de estos documentos si ya están en los archivos de FirstCare Health Plans:**

\_\_\_\_\_  
**Nombre Personal del Representante** **Relación con la persona**  
 \_\_\_\_\_  
**Dirección Personal del Representante** **Ciudad** **Estado** **Código Postal**

\_\_\_\_\_  
**Número de Teléfono Personal del Representante con Area & Número de Teléfono**  
**ANTES DE ENVIAR EL FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN**  
**USTED DEBE GUARDAR UNA COPIA PARA SU ARCHIVO**  
**HACIENDO UNO DE LO SIGUIENTE:**

- (1) **HAGA UNA FOTOCOPIA DE ESTA AUTORIZACIÓN FIRMADA; O**
- (2) **COMPLETE Y FIRME EL DUPLICADO DEL FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN QUE IMPRIMIÓ O RECIBIÓ**

**Envíe su autorización completa y firmada a:**  
**FirstCare Health Plans**  
**12940 N HWY 183**  
**Austin, TX 78750**

**Si necesita ayuda para completar este formulario, por favor vea las instrucciones mencionadas arriba o llame a Servicio al Cliente al número impreso en su Tarjeta de Identificación de Miembro.**