

Por la presente, autorizo a Scott and White Health Plan y a sus subsidiarias, incluidas SHA, LLC, con nombre comercial FirstCare Health Plans, Scott & White Care Plans, Insurance Company of Scott and White y Southwest Life & Health Insurance Company (en conjunto denominadas "SWHP") a analizar y divulgar mi información de salud médica personal, según corresponda, por escrito, en persona y/o por teléfono, con las siguientes personas y con los siguientes fines:

**Marque todas las opciones que correspondan:**

Incluya esta información si corresponde:            **Alcohol/drogas**            **Genética**            **VIH/SIDA**            **Salud mental**  
INICIALES DEL MIEMBRO                      INICIALES DEL MIEMBRO                      INICIALES DEL MIEMBRO                      INICIALES DEL MIEMBRO

- |   |   |   |  |
|---|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Información general sobre beneficios | <input type="checkbox"/> Información sobre reclamos | <input type="checkbox"/> Cambios demográficos   | <input type="checkbox"/> Autorización/remisiones   |
| <input type="checkbox"/> Facturación/prima                    | <input type="checkbox"/> Asistencia a las citas     | <input type="checkbox"/> Solicitud/elegibilidad | <input type="checkbox"/> Solicitudes de materiales |
| <input type="checkbox"/> Quejas/apelaciones                   | <input type="checkbox"/> Tarjetas de identificación | <input type="checkbox"/> Otro _____             |  |

Comprendo que esta autorización es voluntaria y que puedo negarme a firmarla. También comprendo que mi atención médica y el pago de mi atención médica no se verán afectados si no firmo este formulario. Comprendo que, si el destinatario autorizado a recibir la información no es una entidad cubierta, como una compañía aseguradora o un proveedor que no sea de atención médica, la información divulgada podría no seguir estando protegida por las regulaciones federales y estatales sobre privacidad.

También comprendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento enviando una declaración de revocación por escrito a Baylor Scott & White Health – Office of Corporate Compliance, 2001 Bryan Street, Suite 2200, Dallas, Texas 75201. También comprendo que la revocación debe estar firmada y fechada con una fecha posterior a la de esta autorización. La revocación no afectará las divulgaciones realizadas antes de la recepción de la revocación por escrito.

Este documento caducará en el momento de la revocación, o en la fecha o el evento que se especifica aquí: \_\_\_\_\_.

Nombre del miembro		Fecha de nacimiento MM / DD / AAAA
Dirección	Ciudad, estado, código postal	Número de teléfono

**La información se divulgará a los siguientes:**

Nombre de la persona/organización		Número de teléfono
Dirección	Ciudad, estado, código postal	Número de fax Number

  

Nombre de la persona/organización		Número de teléfono
Dirección	Ciudad, estado, código postal	Número de fax Number

**Objetivo del uso y/o divulgación:**  Atención continua  Legal  Seguro  Uso personal  Otro \_\_\_\_\_

**Formato del ejemplar oficial:**  Papel  CD  \_\_\_\_\_ **Entrega del ejemplar oficial:**  Retiro  Correo  Fax a consultorio de atención médica

**Comprendo que este documento se aplica a todos los departamentos, proveedores de atención médica y/o empleados de SWHP.**

\_\_\_\_\_  
Firma del miembro o representante legal (no se aceptan firmas electrónicas) \_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre en letra de imprenta del miembro o representante legal \_\_\_\_\_  
Relación con el miembro

\_\_\_\_\_  
Autoridad del representante para actuar por el miembro (adjuntar documentación de respaldo)

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

Correo: FirstCare Health Plans - Attn: Customer Service Department  
1901 W. Loop 289 Ste. 9  
Lubbock, TX 79407

Fax: 877-878-8422  
Teléfono: 800-884-4901