

Escriba claramente todos los nombres y cualquier otra información:

Nombre del Subscriptor: _____
Nombre Inicial intermedia Apellido

ID del Miembro (de tarjeta ID de miembro) #: _____

Miembro Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA): _____

Si está completándola en representación de un menor de 18 años de edad: _____

Nombre del dependiente: _____
Nombre Inicial intermedia Apellido

#ID de miembro del dependiente: _____

Autorizo a Prominence Health Plan para divulgar mi información protegida de salud, o la del dependiente nombrado, como se indica en la siguiente casilla a la siguiente persona u organización:

Nombre del individuo o la entidad: _____

Relación con el Paciente/persona: _____

Dirección Ciudad Estado Código postal Teléfono FAX

La persona que recibe la información debe tener 18 años de edad o más.

Al poner mis iniciales en el siguiente espacio, Yo específicamente autorizo el uso y/o divulgación de la siguiente información de salud y/o expedientes médicos, si tal información y/o expedientes existen:

- _____ Todos los expedientes hospitalarios (incluyendo expedientes de enfermería y notas de avance)
 - _____ Reportes de patología
 - _____ Expedientes médicos necesarios para la continuación de la atención médica
 - _____ Reportes de laboratorio _____ Expedientes hospitalarios transcritos
 - _____ Estados de cuenta _____ Registros de imágenes para diagnóstico
 - _____ Reportes de emergencias y cuidados de urgencia _____ Resultados de exámenes de salud
 - _____ Diagnóstico droga/alcohol, el tratamiento o información de referencia (las regulaciones federales requieren una descripción de cuánto y qué clase de información va a ser divulgada).
- Describe: _____
- _____ Otra: _____

La autorización permanecerá en efecto desde la fecha en que sea firmada a continuación hasta (seleccione solo una):

- Fecha para darme de baja del plan de salud Un año desde la fecha en que se firme esta autorización
- Fecha específica de expiración (MM/DD/AAAA): _____
- Una vez que los siguientes eventos ocurran: _____

Tenga en cuenta que la información y/o los registros de salud mental requieren una autorización por separado. Entiendo que la información será divulgada sólo con el propósito de administrar los beneficios del seguro, al menos que de otro modo lo permita la ley.

Yo autorizo a Prominence Health Plan, y sus corporaciones subsidiarias, afiliados ("Plan de Salud") para usar o divulgar mis expedientes médicos, de reclamaciones o beneficios, incluyendo cualquier información mental individualmente identificable que se contenga en estos expedientes, como se describe anteriormente. Entiendo que estos expedientes pueden contener información creada por otras personas o entidades, incluyendo médicos y otros proveedores de atención médica.

Entiendo que esta autorización es voluntaria y que puedo rehusarme a firmarla. Mi negativa para firmar no afectará mi suscripción en el plan de salud, mi elegibilidad para recibir beneficios, la disponibilidad para obtener tratamiento, ni la habilidad para recibir pago por tratamiento, al menos que la ley lo permita.

Entiendo que puedo revocar esta autorización por escrito en cualquier momento notificando a Health Plan por escrito a la dirección de conciliación, excepto en el grado que:

- a. El Plan de Salud haya tomado medidas en base a esta autorización; o
- b. Si se obtuvo la autorización como condición para obtener cobertura de seguro, otra ley le otorga al asegurador el derecho de impugnar una reclamación bajo la póliza.

El Plan de Salud no recibirá compensación de un tercero por usar o divulgar esta información.

Yo entiendo que una vez que la información de salud sobre mi persona haya sido divulgada por parte del Plan de Salud a terceros, la información de salud ya no estará protegida por las leyes de privacidad estatales y federales. Estoy de acuerdo en que mi firma facsímil se pueda tratar como si fuera mi firma original.

Nombre de la persona o representante de la entidad la fecha de nacimiento

Si es representante, la relación con el individuo y la autoridad bajo la cual actúa en favor del individuo

Firma del paciente, miembro o representante legal

Fecha

Envíe por fax el formulario firmado a Prominence Health Plan al 775.770.9100 o envíelo por correo a:

Prominence Health Plan
Attn: Customer Service
1510 Meadow Wood Lane
Reno, NV 89502

Si tiene usted alguna pregunta o comentarios por favor contacte al Funcionario de Privacía PHP al 775.770.9444