

FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN PARA MIEMBROS

Este formulario debe llenarse si hay una solicitud de que se revele información médica protegida de un miembro a otra persona o compañía por parte de Gold Coast Health Plan (GCHP).
El no aportar toda la información requerida puede invalidar esta autorización.

PARTE A: INFORMACIÓN SOBRE EL MIEMBRO

Primer nombre del miembro:	Apellido del miembro:	Inicial del segundo nombre:
Dirección del miembro:	Ciudad:	Estado:
		Código postal:
Número de teléfono:	Número de identificación del miembro (ver credencial de identificación):	Fecha de nacimiento:

PARTE B: PERSONA O COMPAÑÍA QUE RECIBIRÁ LA INFORMACIÓN

Las siguientes personas o compañías tienen derecho a recibir mi información médica protegida. Por favor, marque cada casilla aplicable e introduzca la información identificativa.

<input type="checkbox"/> Mi cónyuge o pareja sentimental (indicar nombre y apellido)	<input type="checkbox"/> Mis hijos adultos (indicar nombre[s] y apellido[s])
<input type="checkbox"/> Mis padres (si usted tiene 18 años o más, introduzca nombre[s] y apellido[s])	<input type="checkbox"/> Otros (Nombre primario de contacto [si usted lo tiene], nombre de la compañía, y relación con usted)

PARTE C: PROPÓSITO DE ESTA AUTORIZACIÓN

Esta revelación de información se hace a petición mía.

O BIEN

Esta revelación de información se hace por la(s) razones que se describe(n) a continuación:

PARTE D: LIMITACIONES A LA REVELACIÓN DE MI INFORMACIÓN MÉDICA

Permito que GCHP divulgue en mi nombre la siguiente información médica protegida (marque solamente una casilla):

- Toda mi información médica protegida.** No hay limitaciones específicas al uso de mi información por parte de la persona o entidad que la recibirá. **Esto no incluye información sensible (ver más adelante) a menos que se autorice más abajo.**

O BIEN

- Solamente puede revelarse la siguiente información limitada** (marque las casillas a continuación aplicables a la información limitada que pueda revelarse o comunicarse).

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Apelación | <input type="checkbox"/> Información sobre Proveedor de Atención Médica |
| <input type="checkbox"/> Beneficios y cobertura | <input type="checkbox"/> Farmacia |
| <input type="checkbox"/> Reclamaciones y pago | <input type="checkbox"/> Preautorización |
| <input type="checkbox"/> Diagnóstico y Tratamiento | <input type="checkbox"/> Otros: |
| <input type="checkbox"/> Elegibilidad e Inscripción | |

También autorizo la revelación por parte de GCHP de los siguientes tipos de información médica sensible (marque todas las casillas aplicables):

- Toda la información médica sensible (véase lista de información médica sensible a continuación) _____ (inicial)**

O BIEN

- Solamente información relativa a la información sensible que lleva iniciales indicada a continuación**

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Aborto _____ (inicial) | <input type="checkbox"/> VIH o SIDA _____ (inicial) |
| <input type="checkbox"/> Abuso _____ (inicial) | <input type="checkbox"/> Maternidad _____ (inicial) |
| <input type="checkbox"/> Abuso de Alcohol / Sustancias _____ (inicial) | <input type="checkbox"/> Salud Mental _____ (inicial) |
| <input type="checkbox"/> Pruebas Genéticas _____ (inicial) | <input type="checkbox"/> Enfermedad de Transmisión Sexual _____ (inicial) |

PARTE E: FECHA EN QUE FINALIZA SU AUTORIZACIÓN

Si este documento no se retira antes, esta autorización finalizará en la que se produzca en primer lugar de las fechas siguientes:

- Un año tras la fecha de firma que figura en la Parte F más adelante.

O BIEN

- Antes de transcurrir el plazo de un año, y sobre la base de la fecha, evento o condición que se describe a continuación:

PARTE F: AUTORIZACIÓN POR PARTE DEL MIEMBRO

He leído el contenido de este formulario. Entiendo, acepto y permito a GCHP utilizar y revelar mi información médica en la forma en que he indicado más arriba. También entiendo que estoy firmando este formulario por mi propia voluntad. Entiendo que GCHP no me exige firmar este formulario para que yo pueda recibir tratamiento, para el pago, o para inscribirme, o ser elegible para beneficios. Entiendo que tengo derecho a recibir una copia de este formulario de autorización.

Entiendo que tengo derecho a revocar esta autorización en cualquier momento notificando por escrito la retirada a GCHP. Entiendo que retirar esta autorización no afectará a ninguna acción emprendida antes de que yo la retire. También entiendo que la información que se revela puede ser usada o revelada posteriormente por la persona o grupo que la recibe. Si esto sucede, es posible que ya no esté protegida.

Firma del miembro o de su representante legal: X	Fecha:
--	--------

TUTOR / REPRESENTANTE LEGAL

Si este formulario lo firma alguien distinto del miembro o de su padre / madre, como pudiera ser un representante personal, representante legal o tutor en nombre del miembro, se ruega presentar documentación de la facultad de dicha representación junto con este formulario (si no está ya en los archivos de GCHP) y completar la información a continuación.

Nombre del representante legal:	Relación legal con el miembro:
Firma del representante legal: X	Fecha:

Por favor, devuelva el formulario completado a:

Gold Coast Health Plan
ATTN: Member Services Department
711 East Daily Drive, Suite 106, Camarillo, CA 93010-6082