

# Autorización para uso y divulgación de información de salud

## Notice to Member:

- Completing this form will allow Ambetter from PA Health & Wellness to (i) use your health information for a particular purpose, and/or (ii) share your health information with the individual or entity that you identify on this form.
- You do not have to give permission to use or share your health information. Your services and benefits with Ambetter from PA Health & Wellness will not change if you do not submit this form.
- If you want to cancel this authorization form, send us a written request to revoke it at the address on the bottom of this page. A revocation form can be provided to you by calling Member Services at the phone number on the back of your member ID card.
- Ambetter from PA Health & Wellness cannot promise that the person or group you allow us to share your health information with will not share it with someone else.
- Keep a copy of all completed forms that you send to us. We can send you copies if you need them.
- If you need help, contact Member Services at the phone number on the back of your member ID card.
- Fill in all the information on this form. When finished, mail the form and any supporting documentation to

**Ambetter**

**CC: Member Services**

**333 E. Wetmore**

**Tucson, AZ 85705**

---

## Aviso al (la) afiliado(a):

- Al llenar este formulario, usted autoriza a <Health Plan> a (i) que use su información de salud para un fin en particular, y/o (ii) que la dé a conocer a la persona o entidad que usted identifique en este formulario.
- Usted no tiene que firmar este formulario ni dar permiso a usar o dar a conocer su información de salud. Sus servicios y beneficios de <Health Plan> no cambiarán si usted no firma este formulario.
- Si desea cancelar este formulario de autorización, envíenos por escrito una solicitud para revocarlo a la dirección que aparece al final de esta página. Servicios para los afiliados puede proporcionarle un formulario de revocación si les llama al número telefónico que se encuentra en la parte trasera de su tarjeta de identificación de afiliación.
- <Health Plan> no puede prometer que la persona o el grupo al que nos permita dar a conocer su información de salud no la dará a conocer a alguien más.
- Conserve una copia de todos los formularios llenos que nos envíe. Si las necesita, podemos enviarle copias.
- Si necesita ayuda, comuníquese con Servicios para los afiliados al número telefónico que aparece en la parte trasera de su tarjeta de identificación de afiliación.
- Llene toda la información en este formulario. Al terminar, envíe el formulario y todos los documentos de apoyo a

**Ambetter**

**CC: Member Services**

**333 E. Wetmore**

**Tucson, AZ 85705**

**LEA LAS INSTRUCCIONES DETENIDAMENTE Y COMPLETE EL FORMULARIO A CONTINUACIÓN. NO SE ACEPTAN FORMULARIOS INCOMPLETOS.**

**1 INFORMACIÓN DEL(DE LA) AFILIADO(A):**

Nombre del(de la) afiliado(a) (en letra de imprenta): \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento del( de la) afiliado(a): \_\_\_\_\_

Número de ID del(de la) afiliado(a): \_\_\_\_\_

**2 DOY PERMISO PARA QUE Ambetter PA Health & Wellness USE MI INFORMACIÓN MÉDICA CON EL FIN IDENTIFICADO O PARA QUE COMPARTA MI INFORMACIÓN MÉDICA CON LAS PERSONAS O GRUPOS QUE SE INDICAN MÁS ABAJO. EL PROPÓSITO DE ESTA AUTORIZACIÓN ES (marque una opción a continuación):**

permitir que Ambetter PA Health & Wellness me ayude con mis beneficios y servicios, **O**

permitir que Ambetter PA Health & Wellness use o comparta mi información médica para \_\_\_\_\_

**3 PERSONA O GRUPO QUE VA A RECIBIR LA INFORMACIÓN (añadir personas o grupos adicionales en la siguiente página):**

Nombre (persona o grupo): \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Teléfono: ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

**4 YO AUTORIZO QUE Ambetter PA Health & Wellness USE O COMPARTA LA SIGUIENTE INFORMACIÓN MÉDICA (NOTA: Seleccione la primera declaración para divulgar TODA la información de salud o seleccione la siguiente declaración para divulgar solo ALGUNA información de salud. Ambos NO PUEDEN ser seleccionados.)**

**Toda mi información médica INCLUSIVE:**

Información genética, resultados de los servicios o resultados de pruebas; datos e historial médico sobre VIH/SIDA, datos e historial médico sobre salud mental (pero no las notas de psicoterapia), datos e historial médico sobre medicamentos con receta y datos e historial médico sobre drogas y alcohol (especifique la información sobre un trastorno por uso de sustancia que se puede divulgar);

**O**

**Toda mi información médica EXCEPTO** (Marque solamente las casillas que correspondan):

Información genética, servicios o pruebas

Datos e historial médico sobre VIH/SIDA

Datos e historial médico sobre drogas y alcohol

Datos e historial médico sobre salud mental (pero no las notas de psicoterapia)

Datos e historial médico sobre medicamentos con receta

Otro: \_\_\_\_\_

**5 ESTA AUTORIZACIÓN TERMINA EN ESTA FECHA/EVENTO: \_\_\_\_\_**

*Fecha en que finaliza esta autorización a menos que se cancele. Si este campo está en blanco, la autorización vence en un año a partir de la fecha de la firma a continuación.*

**6 FIRMA DEL(DE LA) AFILIADO(A) O REPRESENTANTE LEGAL: \_\_\_\_\_**

**FECHA:** \_\_\_\_\_

**SI ES REPRESENTANTE LEGAL - Relación con el(la) afiliado(a):** \_\_\_\_\_

Si usted es el/la representante legal o personal del(de la) afiliado(a), **debe enviarnos copias de los formularios relevantes**, como poder notarial u orden de custodia.

ENVÍE POR CORREO EL FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN COMPLETO Y CUALQUIER DOCUMENTACIÓN SUPLEMENTARIA A  
**Ambetter PA Health & Wellness, CC: Member Services**  
**333 E. Wetmore, Tucson, AZ, 85705**

NOTA: Si da el consentimiento para divulgar el historial médico sobre cualquier trastorno por uso de sustancias a un destinatario que no es un tercer pagador ni un proveedor, centro o programa de atención de la salud donde recibe servicios de un proveedor de tratamiento, tal como un intercambio de seguro de salud o una institución de investigación (de ahora en adelante, "entidad destinataria"), tiene que especificar el nombre de un individuo que proporcione los servicios o la entidad donde recibe los servicios de un proveedor de tratamiento en esa entidad destinataria, o simplemente especifique que su historial médico sobre su trastorno de uso de sustancias se puede divulgar a sus proveedores de tratamiento actuales y futuros en la entidad destinataria.

Nombre (individuo o entidad):

Dirección:

Ciudad: Estado: Código postal: Teléfono: ( ) -

Nombre (individuo o entidad):

Dirección:

Ciudad: Estado: Código postal: Teléfono: ( ) -

Nombre (individuo o entidad):

Dirección:

Ciudad: Estado: Código postal: Teléfono: ( ) -

Nombre (individuo o entidad):

Dirección:

Ciudad: Estado: Código postal: Teléfono: ( ) -

Nombre (individuo o entidad):

Dirección:

Ciudad: Estado: Código postal: Teléfono: ( ) -

Nombre (individuo o entidad):

Dirección:

Ciudad: Estado: Código postal: Teléfono: ( ) -

Nombre (individuo o entidad):

Dirección:

Ciudad: Estado: Código postal: Teléfono: ( ) -

---

Nombre (individuo o entidad): \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_ Teléfono: ( \_ ) \_ - \_\_\_\_\_