



# Autorización para uso y divulgación de información de salud

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

- Al llenar este formulario, usted autoriza a Arizona Complete Health 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 Ambetter no cambiarán si usted no firma este formulario.
- Derecho a cancelar (revocar): Este formulario de autorización/consentimiento está sujeto a revocación en cualquier momento excepto en la medida en la que Ambetter u otro poseedor legítimo de su información médica que tenga permiso para compartirla ya haya actuado en confianza sobre la misma. Si desea cancelar este formulario de autorización, envíenos por escrito una solicitud para revocarlo a la dirección que aparece al final de esta página.
- Ambetter 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
- Llene toda la información en este formulario. Al terminar, envíe el formulario y todos los documentos de apoyo a.

## 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): \_\_\_\_\_

**Doy permiso para que Ambetter 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:**

- permitir que (entidad) me ayude con mis beneficios y servicios, o
- permitir que (entidad) use o comparta mi información médica para \_\_\_\_\_

## PERSONA O GRUPO QUE VA A RECIBIR LA INFORMACIÓN (añadir personas o grupos adicionales en la página 2):

Nombre (individuo o entidad): \_\_\_\_\_  
 Dirección: \_\_\_\_\_  
 Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_ Teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_- \_\_\_\_\_

## YO AUTORIZO QUE Ambetter USE O COMPARTA LA SIGUIENTE INFORMACIÓN MÉDICA:

- 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 todas 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: \_\_\_\_\_

Fecha de terminación de la autorización: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ (fecha en la que termina la autorización sino se cancela)

FIRMA DEL(DE LA) AFILIADO(A): \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
 (El(la) afiliado(a) o representante legal firma aquí)

Enviar por correo a: Ambetter from Arizona Complete Health, 1850 W Rio Salado Suite 211, Tempe, AZ 85281 Telefono: 1-888-926-5057 (TTY/TDD 1-888-926-5180)



Si firma en nombre del(de la) afiliado(a) describa su relación con el(la) mismo(a) aquí abajo. Si es un representante del(de la) afiliado(a), describa esto aquí abajo y envíenos copias de estos formularios (tal como poder notarial u orden de custodia).

**PERSONA(S) INDIVIDUAL(ES) O ENTIDAD(ES) ADICIONAL(ES) QUE VA(N) A RECIBIR LA INFORMACIÓN**

*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: (\_\_\_\_) \_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

*Enviar por correo a: Ambetter from Arizona Complete Health, 1850 W Rio Salado Suite 211, Tempe, AZ 85281 Telefono: 1-888-926-5057 (TTY/TDD 1-888-926-5180)*



## Revocación de la autorización para uso y/o divulgación de información médica

Quiero cancelar o revocar el permiso que di a Ambetter para usar mi información médica para un fin particular o para compartir mi información médica con una persona o grupo:

### PERSONA O GRUPO QUE RECIBIÓ LA INFORMACIÓN:

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

Dirección: \_\_\_\_\_

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

Fecha en la que firmó la autorización (si la conoce): \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

### 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 de Medicaid del(de la) afiliado(a): \_\_\_\_\_

Entiendo que puede que la información sobre mi salud (incluido, si corresponde, el historial médico sobre mi trastorno de uso de sustancias) ya se haya usado o compartido porque di me permiso antes. También entiendo que esta cancelación solo aplica al permiso que di de usar mi información médica para un fin particular o para compartir mi información médica con la persona o grupo. No cancela otros formularios de autorización, firmé para dar permiso a que mi información médica se use para otro fin o compartir con otra persona o grupo.

**Firma del(de la) afiliado(a):** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
*(El(la) afiliado(a) o representante legal firma aquí)*

Si firma en nombre del(de la) afiliado(a) describa su relación con el(la) mismo(a) aquí abajo. Si es un representante del(de la) afiliado(a), describa esto aquí abajo y envíenos copias de estos formularios (tal como poder notarial u orden de custodia).

Ambetter dejará de usar o compartir su información médica cuando recibamos y procesemos este formulario. Use la siguiente dirección de correo. También puede llamar al siguiente número telefónico si necesita ayuda.

Ambetter from Arizona Complete Health  
 1850 W Rio Salado, Suite 211  
 Tempe, AZ 85281  
 Teléfono: 1-877-617-0390 (TTY/TDD 1-877-617-0392)

*Enviar por correo a: Ambetter from Arizona Complete Health, 1850 W Rio Salado Suite 211, Tempe, AZ 85281 Telefono: 1-888-926-5057 (TTY/TDD 1-888-926-5180)*