

Autorización para usar y divulgar información de salud



Ambetter of North Carolina Inc.
10101 David Taylor Drive, Ste 300
Charlotte, NC 28262

Aviso al (la) afiliado(a):

- Al llenar este formulario, usted autoriza a Ambetter of North Carolina Inc. 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 of North Carolina Inc. no cambiarán si usted no presenta 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.
- Ambetter of North Carolina Inc. no puede prometer que la persona o el grupo al que usted 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 of North Carolina Inc.
10101 David Taylor Drive, Ste 300
Charlotte, NC 28262

Centene Corporation – 2022

LEA LAS INSTRUCCIONES DETENIDAMENTE Y LLENE EL FORMULARIO SIGUIENTE. LOS FORMULARIOS INCOMPLETOS NO PUEDEN ACEPTARSE.

1 INFORMACIÓN DEL (LA) AFILIADO(A):

Nombre del (la) afiliado(a) (con letra de molde): _____

Fecha de nacimiento del (la) afiliado(a): ____ Número de identificación del (la) afiliado (a): _____

2 AUTORIZO a Ambetter of North Carolina Inc. PARA QUE USE MI INFORMACIÓN DE SALUD PARA EL PROPÓSITO IDENTIFICADO O PARA QUE COMPARTA MI INFORMACIÓN DE SALUD CON LA PERSONA O EL GRUPO NOMBRADO ABAJO. EL PROPÓSITO DE LA AUTORIZACIÓN ES (marque una de las opciones siguientes):

permitir a Ambetter of North Carolina Inc. que me ayude con mis beneficios y servicios,

autorizar a Ambetter of North Carolina Inc. para que use o comparta mi información de salud para _____

3 PERSONA O GRUPO QUE RECIBIRÁ LA INFORMACIÓN (añada más Personas o Grupos en la página siguiente):

Nombre (persona o grupo): _____

Dirección: _____

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

4 AUTORIZO a Ambetter of North Carolina Inc. PARA QUE USE O COMPARTA LA SIGUIENTE INFORMACIÓN DE SALUD (NOTA: Seleccione la primera oración para permitir divulgar TODA la información de salud o seleccione la oración de abajo para permitir divulgar solamente ALGUNA de la información de salud. NO PUEDEN seleccionarse ambas.)

Toda mi información de salud, QUE INCLUYE:

Información y servicios o resultados de análisis genéticos; datos y expedientes del VIH/SIDA; datos y expedientes de salud mental (pero no notas de psicoterapia); datos y expedientes de medicamentos recetados; y datos y expedientes de drogas y alcohol (especifique cualquier información sobre trastornos por consumo de sustancias que pueda divulgarse);

Toda mi información de salud, EXCEPTO (marque solamente los recuadros siguientes que sean relevantes):

Información, servicios o resultados de análisis genéticos

Datos y expedientes del VIH/SIDA

Datos y expedientes de drogas y alcohol

Datos y expedientes de salud mental (pero no notas de psicoterapia)

Datos y expedientes de medicamentos y de medicamentos con receta

Otros: _____

5 ESTA AUTORIZACIÓN VENCE EN ESTA FECHA/EVENTO: _____

Fecha en que la autorización termina, a menos que se cancele. Si este campo se deja en blanco, la autorización vencerá en un año a partir de la fecha en que se firme este documento abajo.

6 FIRMA DE (LA) AFILIADO(A) O SU REPRESENTANTE _____

FECHA: _____

SI ES REPRESENTANTE LEGAL – Relación con el (la) afiliado(a): _____

Si es usted el (la) representante personal o legal del (la) afiliado(a), debe enviarnos copias de los formularios correspondientes, como poder legal u orden de tutoría.

ENVÍE EL FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN COMPLETADO Y TODO DOCUMENTO DE APOYO A

Ambetter of North Carolina Inc.
10101 David Taylor Drive, Ste 300
Charlotte, NC 28262

PERSONA(S) INDIVIDUAL(ES) O GRUPO(S) ADICIONAL(ES) QUE RECIBIRÁ(N) LA INFORMACIÓN:

NOTA: Si está dando su consentimiento para la divulgación de cualquier expediente de trastorno por consumo de sustancias a un destinatario que no es ni un tercero pagador ni un proveedor de atención médica, centro o programa en el que usted recibe servicios de un proveedor tratante, como un intercambio de seguros de salud o una institución de investigación (en lo sucesivo, "entidad receptora"), debe especificar el nombre de una persona con la que o la entidad en la que usted recibe servicios de un proveedor tratante en esa entidad receptora, o simplemente indicar que sus expedientes de trastorno por consumo de sustancias pueden ser divulgados a sus proveedores tratantes actuales y futuros en esa entidad receptora.

Nombre (persona o entidad):

Dirección:

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

Nombre (persona o entidad):

Dirección:

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

Nombre (persona o entidad):

Dirección:

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

Nombre (persona o entidad):

Dirección:

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

Nombre (persona o entidad):

Dirección:

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

Nombre (persona o entidad):

Dirección:

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

Nombre (persona o entidad):

Dirección:

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

Nombre (persona o entidad):

Dirección:

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