



FROM



1100 Circle 75 Parkway Suite 1100
Atlanta, GA 30339

Autorización para Usar y Divulgar Información Médica

Notice to Member:

- Completing this form will allow Ambetter from Peach State Health Plan 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 Peach State Health Plan 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 Peach State Health Plan 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 from Peach State Health Plan

ATTN: Compliance Department

1100 Circle 75 Parkway Suite 1100

Atlanta, GA 30339

Aviso para el miembro:

- Al completar este formulario, usted autoriza a Ambetter from Peach State Health Plan a (i) que use su información médica para un fin en particular, 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 médica. Sus servicios y beneficios de Ambetter de Peach State 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. Los Servicios para Miembros pueden proporcionarle un formulario de revocación si les llama al número de teléfono que figura en el reverso de su tarjeta de identificación de miembro.
- Ambetter from Peach State Health Plan no puede prometer que la persona o el grupo a los que nos permita dar a conocer su información médica no la darán a conocer a alguien más.
- Conserve una copia de todos los formularios completados que nos envíe. Si las necesita, podemos enviarle copias.
- Si necesita ayuda, comuníquese con Servicios para Miembros al número de teléfono que figura en el reverso de su tarjeta de identificación de miembro.
- Complete toda la información en este formulario. Cuando haya terminado, envíe por correo el formulario y todos los documentos de apoyo a

Ambetter from Peach State Health Plan

ATTN: Compliance Department

1100 Circle 75 Parkway Suite 1100

Atlanta, GA 30339

**LEA ATENTAMENTE LAS INSTRUCCIONES Y COMPLETE EL SIGUIENTE FORMULARIO.
NO SE PUEDEN ACEPTAR FORMULARIOS INCOMPLETOS.**

1 INFORMACIÓN DEL MIEMBRO:

Nombre del miembro (*en letra de imprenta*): _____

Fecha de nacimiento del miembro: _____ Número de ID del miembro: _____

2 DOY PERMISO A AMBETTER FROM PEACH STATE HEALTH PLAN PARA QUE UTILICE MI INFORMACIÓN MÉDICA PARA LOS FINES INDICADOS O PARA QUE COMPARTA MI INFORMACIÓN MÉDICA CON LA PERSONA O EL GRUPO QUE SE MENCIONAN A CONTINUACIÓN. EL PROPÓSITO DE LA AUTORIZACIÓN ES (*marque una opción a continuación*):

- permitir que Ambetter from Peach State Health Plan me ayude con mis beneficios y servicios, **O**
 permitir que Ambetter from Peach State Health Plan utilice o comparta mi información médica para _____

3 PERSONA O GRUPO AUTORIZADOS PARA RECIBIR LA INFORMACIÓN (*añada más personas o grupos en la página siguiente*):

Nombre (persona o grupo): _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____ Número de teléfono: (____) _____ - _____

4 AUTORIZO A AMBETTER FROM PEACH STATE HEALTH PLAN A UTILIZAR O COMPARTIR LA SIGUIENTE INFORMACIÓN MÉDICA (*NOTA: Seleccione la primera afirmación para divulgar TODA la información médica o seleccione la segunda afirmación para divulgar solo PARTE de la información médica. No se pueden seleccionar ambas*).

- Toda mi información médica, INCLUIDOS los siguientes tipos de información:**
información genética y servicios o resultados de pruebas genéticas; datos y registros de HIV o AIDS; datos y registros de salud mental (sin incluir las notas de psicoterapia); datos y registros de medicamentos recetados, y datos y registros sobre el consumo de drogas y bebidas alcohólicas (especifique cualquier información sobre trastornos por consumo de sustancias que pueda divulgarse);

- O**
 Toda mi información médica, EXCEPTO los siguientes tipos de información (*a continuación, marque solo las casillas que correspondan*):

- Información genética y servicios o resultados de pruebas genéticas
 Datos y registros de AIDS o HIV
 Datos y registros sobre el consumo de drogas y bebidas alcohólicas
 Datos y registros de salud mental (sin incluir las notas de psicoterapia)
 Datos y registros de medicamentos recetados
 Otro:

5 ESTA AUTORIZACIÓN FINALIZA EN LA SIGUIENTE FECHA O ACONTECIMIENTO: _____

Fecha de finalización de esta autorización, a menos que se cancele. Si este campo está en blanco, la autorización vencerá al cabo de un año a partir de la fecha de la firma que figura a continuación.

6 FIRMA DEL MIEMBRO O REPRESENTANTE LEGAL: _____

FECHA: _____

SI ES EL REPRESENTANTE LEGAL, indique la relación con el miembro: _____

Si usted es el representante legal o personal del Miembro, debe enviarnos copias de los formularios pertinentes, como el poder notarial o la orden de custodia.

ENVÍE POR CORREO POSTAL EL FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN COMPLETADO Y TODA LA DOCUMENTACIÓN DE RESPALDO A LA SIGUIENTE DIRECCIÓN
Ambetter from Peach State Health Plan, ATTN: COMPLIANCE DEPARTMENT
1100 Circle 75 Parkway Suite 1100, Atlanta, GA 30339

PERSONAS O GRUPOS ADICIONALES AUTORIZADOS PARA RECIBIR LA INFORMACIÓN:

NOTA: Si da su consentimiento para la divulgación de cualquier registro de trastorno por consumo de sustancias a un destinatario que no sea un tercero pagador ni un proveedor de atención médica, un centro o un programa en el que reciba servicios de un proveedor responsable del tratamiento, como un mercado de seguros médicos o una institución de investigación (en adelante, "entidad receptora"), debe especificar el nombre de la persona que le proporciona servicios en calidad de proveedor responsable del tratamiento o de la entidad receptora en la que recibe dichos servicios, o simplemente debe indicar que sus registros de trastornos por consumo de sustancias pueden divulgarse a sus proveedores responsables del tratamiento actuales y futuros en esa entidad receptora.

Nombre (persona o entidad): _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____ Número de teléfono: () _____

Nombre (persona o entidad): _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____ Número de teléfono: () - _____

Nombre (persona o entidad): _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____ Número de teléfono: () - _____

Nombre (persona o entidad): _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____ Número de teléfono: () - _____

Nombre (persona o entidad): _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____ Número de teléfono: () - _____

Nombre (persona o entidad): _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____ Número de teléfono: () - _____

Nombre (persona o entidad): _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____ Número de teléfono: () - _____

Nombre (persona o entidad): _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____ Número de teléfono: () _____ - _____