

Instrucciones para completar el formulario de autorización del miembro



Si tienes alguna pregunta, no dudes en llamar al número del Servicio de Atención al Cliente que figura en tu tarjeta de identificación de miembro.

Lee lo siguiente para obtener ayuda para completar la página uno del formulario.

Parte A: Información del miembro

Esta sección corresponde a los miembros que solicitan la divulgación de su información a otra persona o compañía.

- 1 Escribe en letra de imprenta tu apellido, nombre e inicial del segundo nombre.
- 2 Escribe tu fecha de nacimiento en el formato mm/dd/aaaa. (Si naciste el 5 de octubre de 1960, debes escribir 10/05/1960).
- 3 Escribe tu dirección completa, ciudad, estado y código postal.
- 4 Escribe tu número de teléfono durante el día (incluido el código de área).
- 5 Escribe tu número de celular/móvil (incluido el código de área).
- 6 **Número de identificación**
Encontrarás este número en tu tarjeta de identificación de miembro.
- 7 **Número de grupo**
Encontrarás este número en tu tarjeta de identificación de miembro. Si tu tarjeta de identificación no tiene un número de grupo, deja este espacio en blanco.

Parte B: Persona o compañía que recibirá esta información

- 8 Escribe el nombre completo de la persona o compañía a la que quieres que le demos tu información. No uses un término general como “mi hija” o “mi hijo”, ya que no serán aceptados. Debes ser específico.
- 9 Si eliges “Otro”, proporciona primer y segundo nombre (si los hay), nombre de la compañía (si corresponde) y la relación que tiene contigo.

Parte C: Información que puede divulgarse

Esta sección nos dice qué información deseas que divulguemos: toda o solo alguna.

- 10 Para “toda tu información”, marca la primera casilla.
- 11 Para “parte de la información”, marca la segunda casilla y las demás casillas que correspondan para ti.
- 12 Algunos temas podrían ser muy personales o delicados para ti. Si quieres aprobar la divulgación de este tipo de información, marca la(s) casilla(s) que corresponda(n) para ti.

Formulario de autorización del miembro

Si necesitas ayuda en español para entender este documento, puedes solicitarla sin costo adicional, llamando al número del Servicio de Atención al Cliente que aparece al dorso de tu tarjeta de identificación o en el folleto de inscripción.

Este formulario debe completarlo un miembro si hay una solicitud para divulgar la información de salud del miembro a otra persona o compañía. Incluya la mayor cantidad de información posible.

Parte A: Información del miembro

Apellido del miembro 1		Nombre del miembro		Inicial del segundo nombre	Fecha de nacimiento del miembro (MM/DD/AAAA) 2
Dirección del miembro 3		Ciudad		Estado	Código postal
Número de teléfono durante el día (con código de área) 4	Número de teléfono celular/móvil (con código de área) 5	Número de identificación (ver tarjeta de identificación) 6	Número de grupo (ver tarjeta de identificación) 7		

Parte B: Persona o compañía que recibirá esta información

Las siguientes personas o compañías tienen derecho a recibir mi información. (Ellos deben tener 18 años o más). Escribe su nombre y apellido. Al escribir nombre/apellido, autorizo a esa persona a recibir mi información.

Mi cónyuge (escribe nombre y apellido) 8	Mis padres (si eres mayor de 18 años; escribe nombre(s) y apellido(s))
Mi pareja doméstica (escribe nombre y apellido)	Mi corredor o agente de seguros (escribe el nombre de la compañía y el nombre y apellido si lo conoces)
Mis hijos adultos (escribe nombre(s) y apellido(s))	Otro (escribe el nombre y apellido (si lo conoces), el nombre de la compañía y la relación que tiene contigo) 9

Parte C: Información que puede divulgarse

Yo autorizo a Anthem Blue Cross and Blue Shield (Anthem) a usar o divulgar la siguiente información en mi nombre (marca solo una casilla):

Toda mi información. Esto puede incluir información sobre salud, diagnósticos (nombre de una enfermedad o afección), reclamaciones, médicos y otra información financiera (como facturación y operaciones bancarias) y sobre proveedores de cuidado de la salud. Esto no incluye información delicada (ver debajo) a menos que se apruebe debajo.

Solo parte de la información puede divulgarse (marca debajo todas las casillas que correspondan para ti).

<input type="checkbox"/> Apelaciones	<input type="checkbox"/> Médico y hospital	<input type="checkbox"/> Remisión
<input type="checkbox"/> Beneficios y cobertura	<input type="checkbox"/> Elegibilidad e inscripción	<input type="checkbox"/> Tratamiento
<input type="checkbox"/> Facturación	<input type="checkbox"/> Financiera	<input type="checkbox"/> Dental
<input type="checkbox"/> Reclamaciones y pago	<input type="checkbox"/> Expedientes médicos	<input type="checkbox"/> Vista
<input type="checkbox"/> Diagnósticos (nombre de una enfermedad o afección) y procedimiento (tratamiento)	<input type="checkbox"/> Certificación y autorización previas (para la aprobación de tratamientos)	<input type="checkbox"/> Farmacia
		<input type="checkbox"/> Otros: _____

También apruebo la divulgación de los siguientes tipos de información delicada por parte de Anthem (marca todas las casillas que correspondan para ti):

Toda la información delicada²

Solo información sobre los temas marcados debajo

<input type="checkbox"/> Aborto	<input type="checkbox"/> Pruebas genéticas	<input type="checkbox"/> Salud mental
<input type="checkbox"/> Abuso (sexual/físico/psicológico)	<input type="checkbox"/> VIH o SIDA	<input type="checkbox"/> Enfermedad de transmisión sexual
<input type="checkbox"/> Trastorno por abuso de sustancias ^{1,2}	<input type="checkbox"/> Maternidad	<input type="checkbox"/> Otros: _____

1 Especifica el periodo de tiempo de los registros que se divulgarán: _____
Descripción de los registros que pueden divulgarse: _____

2 A menos que especifique lo contrario en este formulario, pretendo que la divulgación se extienda a todos los registros sobre trastornos por abuso de sustancias que Anthem tiene sobre mí. Comprendo que mis registros sobre trastornos por abuso de sustancias están protegidos en virtud de las leyes y normas federales y estatales sobre confidencialidad y no pueden divulgarse sin mi consentimiento escrito, a menos que las leyes y normas indiquen otra cosa. También comprendo que puedo revocar (o cancelar) esta aprobación en cualquier momento o según se describe en la Parte E. Comprendo que no puedo cancelar esta aprobación cuando este formulario ya haya sido usado para divulgar información.

Anthem Blue Cross and Blue Shield es el nombre comercial de Carolina-Rocky Mountain Hospital and Medical Services, Inc. Los productos de HMO están asegurados por HMO Colorado, Inc. En Connecticut, Anthem Health Plans, Inc. En Georgia, Blue Cross Blue Shield Healthcare Plan of Georgia, Inc. En Indiana, Anthem Insurance Companies, Inc. En Kentucky, Anthem Health Plans of Kentucky, Inc. En Maine, Anthem Health Plans of Maine, Inc. En Massachusetts, Anthem Health Plans of Massachusetts, Inc. En Michigan, Anthem Health Plans of Michigan, Inc. En Minnesota, Anthem Health Plans of Minnesota, Inc. En Missouri, Anthem Health Plans of Missouri, Inc. En Nueva Jersey, Anthem Health Plans of New Jersey, Inc. En Nueva York, Anthem Health Plans of New York, Inc. En Ohio, Anthem Health Plans of Ohio, Inc. En Carolina del Sur, Anthem Health Plans of South Carolina, Inc. En Texas, Anthem Health Plans of Texas, Inc. En Virginia, Anthem Health Plans of Virginia, Inc. En Washington, Anthem Health Plans of Washington, Inc. En Wisconsin, Anthem Health Plans of Wisconsin, Inc. En Wyoming, Anthem Health Plans of Wyoming, Inc. En el estado de la Florida Health 120. En Wisconsin, Blue Cross Blue Shield of Wisconsin (BCBSWI) asegura a administrados públicos de PPO y de indemnización y paga los beneficios fuera de la red en los planes de PPO ofrecidos por Wisconsin Health Services Insurance Corporation (Wisconsin Health Services Insurance Corporation (WHISIC)). Compare según a administrados los planes de HMO y PPO. WHISIC asegura a administrados los planes de HMO Priority HMO y PPO. Coprocesadores independientes de Blue Cross and Blue Shield Association. Anthem es una marca comercial registrada de Anthem Insurance Companies, Inc. 109931MUMSPABS 9/18 1 de 2

Lee lo siguiente para obtener ayuda para completar la página dos del formulario.

Parte D: Propósito de esta autorización

Esta sección nos indica la razón por la que has solicitado que se divulgue tu información.

- 1 Marca la primera casilla para indicarnos que podemos divulgar esta información según lo indica este formulario.
- 2 Marca la segunda casilla si hay una razón específica. Un ejemplo podría ser para resolver una reclamación del seguro de vida.

Parte E: Fecha en que expira la aprobación

Tienes dos opciones sobre cuándo quieres que finalice esta aprobación.

- 3 Marca la primera casilla para el plazo de duración estándar de un año.
- 4 Marca la segunda casilla para una fecha anterior (diferente a un año) y escribe la fecha en que desees que finalice esta aprobación.

No puedes otorgar autorización/aprobación para un periodo superior al año.

Parte F: Revisión y aprobación

- 5 Firma con tu nombre y fecha el formulario. Tu nombre y firma **deben** coincidir con la información de la Parte A.
- 6 Si estás firmando este formulario en nombre de otra persona, si tienes un poder legal para cuidado de la salud o eres un tutor legal/custodio, debes hacer lo siguiente:
 - Debes completar la sección de representante legal designado/tutor.
 - También debes suministrarnos una copia del documento legal que demuestra que tienes la aprobación e incluirlo con este formulario.

Ejemplos de documentos legales:

- **Poder legal para cuidado de la salud, general o duradero.** Este documento le da a alguien de tu confianza el poder legal para actuar en tu nombre y tomar decisiones de cuidado de la salud por ti.
- **Tutor legal.** Esto es cuando el tribunal designa a alguien para que cuide de otra persona.
- **Custodio.** Cuando un juez designa a alguien responsable de tomar decisiones por alguien más que no puede tomar decisiones responsables por sí mismo.
- **Albacea.** Este tipo de documento se usaría si la persona que está siendo representada ha fallecido.

Parte D: Propósito de esta autorización (marca solo una casilla)			
1	<input type="checkbox"/> Para divulgar la información según se muestra en este formulario.		
2	0 <input type="checkbox"/> Por estas razones: _____		
Parte E: Fecha en que expira tu aprobación (marca solo una casilla)			
Si este documento no fue retirado anteriormente, esta aprobación finalizará en la más próxima de estas fechas:			
3	<input type="checkbox"/> Un año desde la fecha de la firma en la Parte F.		
4	0 <input type="checkbox"/> Antes de cumplirse el año y en la fecha, el evento o la condición que se describe debajo: _____		
Parte F: Revisión y aprobación			
He leído los contenidos de este formulario. Comprendo, acepto y permito que Anthem use y divulgue mi información según lo indiqué más arriba o según lo requerido por las leyes vigentes. También comprendo que la firma de este formulario es por voluntad propia. Comprendo que Anthem no me exige que firme este formulario para poder recibir tratamientos o pagos, o para inscribirme o resultar elegible para beneficios.			
Tengo derecho a retirar esta aprobación en cualquier momento dando aviso escrito de mi renuncia a Anthem. Comprendo que retirar esta aprobación no afectará ninguna medida que se haya tomado antes de que yo lo hiciera. También comprendo que la información que se divulga puede ser distribuida por la persona o grupo que la recibe. Si eso sucede, esta podría dejar de estar protegida por la Norma de Privacidad de la Ley de Responsabilidad y Transferibilidad de Seguros Médicos (HIPAA). Tengo derecho a obtener una copia de este formulario.			
Firma del miembro o firma del representante legal designado/tutor			Fecha (MM/DD/AAAA)
X			5
6 Representante legal designado/tutor (completa esta sección solo si tienes documentación que avale la representación legal)			
Si una persona que no sea el miembro o uno de sus progenitores, por ejemplo un representante personal, un representante legal o un tutor, firma este formulario en nombre del miembro, proporciona lo siguiente:			
<ul style="list-style-type: none">• Una copia del poder legal para cuidado de la salud, general o duradero.			
0			
<ul style="list-style-type: none">• Una orden judicial u otra documentación que exhiba la custodia u otra documentación legal que demuestre la autoridad del representante legal para actuar en nombre del miembro.			
Completa lo siguiente:			
Representante legal (escribe el nombre completo en letra de imprenta):		Relación legal con el miembro	
Dirección del representante legal	Ciudad	Estado	Código postal
Firma	Fecha (MM/DD/AAAA)		
X			
Envía el formulario completo a: Anthem Blue Cross and Blue Shield			
Te recomendamos conservar una copia de este formulario para tus registros.			
Para el receptor de información sobre trastornos por abuso de sustancias			
Esta información te fue divulgada de registros protegidos por las Normas Federales de Confidencialidad de los Registros de Consumo de Alcohol y Drogas de los Pacientes (Confidentiality of Alcohol and Drug Abuse Patient Records), 42 CFR Parte 2. Las normas federales prohíben que hagas nuevas divulgaciones de esta información a menos que el consentimiento escrito de la persona a quien pertenece lo permita expresamente o que la 42 CFR Parte 2 lo permita de algún modo. Una autorización general para la divulgación de información médica o de otro tipo NO es suficiente para este propósito. Las normas federales restringen el uso de la información para investigar penalmente o procesar a un paciente con un diagnóstico de trastorno por abuso de sustancias.			
Solo para uso interno:		Número de seguimiento de la consulta	

Formulario de autorización del miembro



Si necesitas ayuda en español para entender este documento, puedes solicitarla sin costo adicional, llamando al número del Servicio de Atención al Cliente que aparece al dorso de tu tarjeta de identificación o en el folleto de inscripción.

Este formulario debe completarlo un miembro si hay una solicitud para divulgar la información de salud del miembro a otra persona o compañía. Incluya la mayor cantidad de información posible.

Parte A: Información del miembro

Apellido del miembro		Nombre del miembro		Inicial del segundo nombre	Fecha de nacimiento del miembro (MM/DD/AAAA)
Dirección del miembro		Ciudad		Estado	Código postal
Número de teléfono durante el día (con código de área)	Número de teléfono celular/móvil (con código de área)	Número de identificación (ver tarjeta de identificación)		Número de grupo (ver tarjeta de identificación)	

Parte B: Persona o compañía que recibirá esta información

Las siguientes personas o compañías tienen derecho a recibir mi información. (Ellos deben tener 18 años o más). Escribe su nombre y apellido. Al escribir nombre/apellido, autorizo a esa persona a recibir mi información.

Mi cónyuge (escribe nombre y apellido)	Mis padres (si eres mayor de 18 años; escribe nombre[s] y apellido[s])
Mi pareja doméstica (escribe nombre y apellido)	Mi corredor o agente de seguros (escribe el nombre de la compañía y el nombre y apellido si lo conoces)
Mis hijos adultos (escribe nombre[s] y apellido[s])	Otro (escribe el nombre y apellido [si lo conoces], el nombre de la compañía y la relación que tiene contigo)

Parte C: Información que puede divulgarse

Yo autorizo a Anthem Blue Cross and Blue Shield (Anthem) a usar o divulgar la siguiente información en mi nombre (**marca solo una casilla**):

Toda mi información. Esto puede incluir información sobre salud, diagnósticos (nombre de una enfermedad o afección), reclamaciones, médicos y otra información financiera (como facturación y operaciones bancarias) y sobre proveedores de cuidado de la salud. Esto no incluye información delicada (ver debajo) a menos que se apruebe debajo.

0

Solo parte de la información puede divulgarse (marca debajo todas las casillas que correspondan para ti).

<input type="checkbox"/> Apelaciones	<input type="checkbox"/> Médico y hospital	<input type="checkbox"/> Remisión
<input type="checkbox"/> Beneficios y cobertura	<input type="checkbox"/> Elegibilidad e inscripción	<input type="checkbox"/> Tratamiento
<input type="checkbox"/> Facturación	<input type="checkbox"/> Financiera	<input type="checkbox"/> Dental
<input type="checkbox"/> Reclamaciones y pago	<input type="checkbox"/> Expedientes médicos	<input type="checkbox"/> Vista
<input type="checkbox"/> Diagnósticos (nombre de una enfermedad o afección) y procedimiento (tratamiento)	<input type="checkbox"/> Certificación y autorización previas (para la aprobación de tratamientos)	<input type="checkbox"/> Farmacia
		<input type="checkbox"/> Otros: _____

También apruebo la divulgación de los siguientes tipos de información delicada por parte de Anthem (marca todas las casillas que correspondan para ti):

Toda la información delicada²

0

Solo información sobre los temas marcados debajo

<input type="checkbox"/> Aborto	<input type="checkbox"/> Pruebas genéticas	<input type="checkbox"/> Salud mental
<input type="checkbox"/> Abuso (sexual/físico/psicológico)	<input type="checkbox"/> VIH o SIDA	<input type="checkbox"/> Enfermedad de transmisión sexual
<input type="checkbox"/> Trastorno por abuso de sustancias ^{1,2}	<input type="checkbox"/> Maternidad	<input type="checkbox"/> Otros: _____

1 Especifica el periodo de tiempo de los registros que se divulgarán: _____
 Descripción de los registros que pueden divulgarse: _____

2 A menos que especifique lo contrario en este formulario, pretendo que la divulgación se extienda a todos los registros sobre trastornos por abuso de sustancias que Anthem tiene sobre mí. Comprendo que mis registros sobre trastornos por abuso de sustancias están protegidos en virtud de las leyes y normas federales y estatales sobre confidencialidad y no pueden divulgarse sin mi consentimiento escrito, a menos que las leyes y normas indiquen otra cosa. También comprendo que puedo revocar (o cancelar) esta aprobación en cualquier momento o según se describe en la Parte E. Comprendo que no puedo cancelar esta aprobación cuando este formulario ya haya sido usado para divulgar información.

Anthem Blue Cross and Blue Shield es el nombre comercial de: En Colorado: Rocky Mountain Hospital and Medical Service, Inc. Los productos de HMO están asegurados por HMO Colorado, Inc. En Connecticut: Anthem Health Plans, Inc. En Georgia: Blue Cross Blue Shield Healthcare Plan of Georgia, Inc. En Indiana: Anthem Insurance Companies, Inc. En Kentucky: Anthem Health Plans of Kentucky, Inc. En Maine: Anthem Health Plans of Maine, Inc. En Missouri (excepto en 30 condados del área de Kansas City): RightCHOICE® Managed Care, Inc. (RIT), Healthy Alliance® Life Insurance Company (HALIC) y HMO Missouri, Inc. RIT y ciertos afiliados administran los beneficios que no se proporcionan a través de una HMO asegurados por HALIC y los beneficios de HMO asegurados por HMO Missouri, Inc. RIT y ciertos afiliados solo ofrecen servicios administrativos para planes autofinanciados y no aseguran beneficios. En Nevada: Rocky Mountain Hospital and Medical Service, Inc. Los productos de HMO están asegurados por HMO Colorado, Inc. que opera bajo el nombre comercial HMO Nevada. En New Hampshire: Anthem Health Plans of New Hampshire, Inc. Los planes HMO son administrados por Anthem Health Plans of New Hampshire, Inc. y asegurados por Matthew Thornton Health Plan, Inc. En Ohio: Community Insurance Company. En Virginia: Anthem Health Plans of Virginia, Inc. opera como Anthem Blue Cross and Blue Shield en Virginia, y su área de servicio abarca la totalidad de Virginia, excepto la ciudad de Fairfax, el pueblo de Vienna y el área al este de la State Route 123. En Wisconsin: Blue Cross Blue Shield of Wisconsin (BCBSWI) asegura o administra pólizas de PPO y de indemnización, y asegura los beneficios fuera de la red en las pólizas de POS ofrecidas por Compare Health Services Insurance Corporation (Compare) o Wisconsin Collaborative Insurance Corporation (WVIC). Compare asegura o administra las pólizas de HMO o POS; WVIC asegura o administra las pólizas Well Priority HMO o POS. Licenciatarios independientes de Blue Cross and Blue Shield Association. Anthem es una marca comercial registrada de Anthem Insurance Companies, Inc.

109931MUMSPABS 9/18 1 de 2

Parte D: Propósito de esta autorización (marca solo una casilla)

Para divulgar la información según se muestra en este formulario.

0

Por estas razones: _____

Parte E: Fecha en que expira tu aprobación (marca solo una casilla)

Si este documento no fue retirado anteriormente, esta aprobación finalizará en la más próxima de estas fechas:

Un año desde la fecha de la firma en la Parte F.

0

Antes de cumplirse el año y en la fecha, el evento o la condición que se describe debajo:

Parte F: Revisión y aprobación

He leído los contenidos de este formulario. Comprendo, acepto y permito que Anthem use y divulgue mi información según lo indiqué más arriba o según lo requerido por las leyes vigentes. También comprendo que la firma de este formulario es por voluntad propia. Comprendo que Anthem no me exige que firme este formulario para poder recibir tratamientos o pagos, o para inscribirme o resultar elegible para beneficios.

Tengo derecho a retirar esta aprobación en cualquier momento dando aviso escrito de mi renuncia a Anthem. Comprendo que retirar esta aprobación no afectará ninguna medida que se haya tomado antes de que yo lo hiciera. También comprendo que la información que se divulga puede ser distribuida por la persona o grupo que la recibe. Si eso sucede, esta podría dejar de estar protegida por la Norma de Privacidad de la Ley de Responsabilidad y Transferibilidad de Seguros Médicos (HIPAA). Tengo derecho a obtener una copia de este formulario.

Firma del miembro o firma del representante legal designado/tutor

Fecha (MM/DD/AAAA)

X

Representante legal designado/tutor (completa esta sección solo si tienes documentación que avale la representación legal)

Si una persona que no sea el miembro o uno de sus progenitores, por ejemplo un representante personal, un representante legal o un tutor, firma este formulario en nombre del miembro, proporciona lo siguiente:

- Una copia del poder legal para cuidado de la salud, general o duradero.

0

- Una orden judicial u otra documentación que exhiba la custodia u otra documentación legal que demuestre la autoridad del representante legal para actuar en nombre del miembro.

Completa lo siguiente:

Representante legal (escribe el nombre completo en letra de imprenta):

Relación legal con el miembro

Dirección del representante legal

Ciudad

Estado

Código postal

Firma

Fecha (MM/DD/AAAA)

X

Envía el formulario completo a:

Anthem Blue Cross and Blue Shield

Te recomendamos conservar una copia de este formulario para tus registros.

Para el receptor de información sobre trastornos por abuso de sustancias

Esta información te fue divulgada de registros protegidos por las Normas Federales de Confidencialidad de los Registros de Consumo de Alcohol y Drogas de los Pacientes (Confidentiality of Alcohol and Drug Abuse Patient Records), 42 CFR Parte 2. Las normas federales prohíben que hagas nuevas divulgaciones de esta información a menos que el consentimiento escrito de la persona a quien pertenece lo permita expresamente o que la 42 CFR Parte 2 lo permita de algún modo. Una autorización general para la divulgación de información médica o de otro tipo NO es suficiente para este propósito. Las normas federales restringen el uso de la información para investigar penalmente o procesar a un paciente con un diagnóstico de trastorno por abuso de sustancias.

Solo para uso interno:

Número de seguimiento de la consulta