# AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN PROTEGIDA DE SALUD

**Nombre completo**_____

N.º de identificación de Regence _____ Fecha de nacimiento_____

Autorizo al Programa de Empleados Federales de BlueCross BlueShield a divulgar la siguiente información:

- ☐ Información sobre inscripción y elegibilidad
- ☐ Reclamaciones, estado de reclamaciones e historial de reclamaciones*
- ☐ Registros médicos y diagnóstico*
- ☐ Información sobre primas y facturación
- ☐ Notas de psicoterapia*
- ☐ Otros_____

El Programa de Empleados Federales de BlueCross BlueShield tiene autorización para divulgar la información identificada con anterioridad a la(s) siguiente(s) persona(s) o entidad(es):

Nombre_____ Nombre_____

Dirección_____ Dirección_____

Teléfono_____ Teléfono_____

La finalidad de esta divulgación es: ☐ ayudarme con mi plan de salud

☐ otra_____

La presente autorización tendrá validez durante dos años a partir de la fecha de mi firma o hasta_____

_____(no puede superar los dos años a partir de la fecha de firma).

Puedo cancelar esta autorización en cualquier momento enviando un aviso por escrito a P.O. Box 1271, MS-C7A, Portland, OR 97207-1271. La cancelación de la presente autorización no afectará ninguna medida que se haya tomado antes de recibir mi aviso de cancelación.

Comprendo que completar esta autorización no es una condición para recibir tratamiento, pago o para considerarme elegible. El Programa de Empleados Federales de BlueCross BlueShield no asume responsabilidad alguna por las acciones de los destinatarios autorizados de mi información protegida de salud. Estoy consciente de que es posible que un destinatario autorizado divulgue mi información y se pierdan las protecciones de privacidad dispuestas por ley.

►_____ _____

Firmado Fechado

Si esta autorización es firmada por una persona que actúa en nombre de otra persona, complete la siguiente sección y adjunte la documentación que demuestre su autorización para actuar en nombre de otra persona.

_____ _____ _____

Nombre del representante personal (en letra de imprenta) Teléfono Parentesco

►_____

Firma del representante personal

*Nota: la información referida a reclamaciones, historia clínica, diagnóstico y notas de psicoterapia puede incluir datos confidenciales, inclusive los datos que se relacionan con el tratamiento de la dependencia de sustancias químicas, enfermedades de transmisión sexual, VIH/SIDA, salud mental, y reproducción o anticoncepción. **NO** marque las casillas que autorizan la divulgación de reclamaciones, historia clínica, diagnóstico, o notas de psicoterapia si no desea divulgar información acerca de estas condiciones confidenciales.

BlueCross. BlueShield.

Federal Employee Program

Blue Cross and Blue Shield Association is an association of Independent Blue Cross and Blue Shield Plans.

**Envíe el formulario completo a la dirección indicada más arriba.**