



## AUTORIZACIÓN PARA EL USO Y LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD

La Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud exige que usted autorice a Health Plan of San Joaquin a usar o compartir información de salud en determinados casos. La sección 56.10 del Código Civil de California prohíbe que una persona o compañía que recibe su información la comparta con otros, a menos que usted o la ley lo autoricen.

Responda todas las preguntas de las siguientes páginas. Es posible que el plan de salud ya haya respondido algunas. Se deben completar todas las páginas del formulario. Cuando lo termine, envíelo por correo o llévelo a alguna de las siguientes direcciones de Health Plan of San Joaquin:

Health Plan of San Joaquin 7751 South Manthey Road French Camp, CA 95231-9802	Health Plan of San Joaquin 1025 J Street Modesto, CA 95354
---	--

También puede enviar el formulario por fax al (209) 461-2550.

1. Proporcione una descripción específica de la información de salud que se usará o compartirá (las fechas de cobertura, las fechas de tratamiento, el tipo de lesión o enfermedad, y los nombres de doctores, hospitales u otros proveedores nos permitirán responder más rápido ante su solicitud):


2. La información de salud se usará o compartirá exclusivamente por los siguientes motivos:


\_\_\_\_\_  
Nombre del miembro en letra imprenta

\_\_\_\_\_  
Número de identificación del plan de salud



3. Seleccione la persona o compañía que solicita que se comparta la información de salud:
- Miembro.
  - Representante personal del miembro (por ejemplo, padre o tutor legal).
  - Health Plan of San Joaquin (tenga en cuenta que el plan de salud no recibe dinero por compartir información).
4. Indique la persona o compañía autorizada para recibir la información de salud:
- Abuelos. Nombres: \_\_\_\_\_
  - Padres o padrastros sin custodia. Nombres: \_\_\_\_\_
  - Otro pariente, acompañante o amigo del miembro.  
Nombre: \_\_\_\_\_  
Relación: \_\_\_\_\_
  - Abogado del miembro. Nombre: \_\_\_\_\_
  - Otro. Nombre: \_\_\_\_\_
5. Vencimiento de la autorización (indique la fecha o el evento)\*:
- \* ***Este documento no es válido si no se responde esta pregunta.***
- Fecha (DD/MM/AAAA): \_\_\_\_\_
  - Evento: \_\_\_\_\_

Tiene derecho a negarse a firmar este formulario. Si se niega, su información no se usará ni compartirá según lo indicado en este. El hecho de que se niegue a firmar este formulario no afectará su tratamiento, los requisitos para recibir beneficios ni el pago de servicios por parte del plan de salud.

Si lo firma, tiene derecho a cambiar de opinión en cualquier momento. Deberá informarlo por escrito al plan de salud. Su solicitud entrará en vigor cuando la recibamos, pero no podremos impedir ninguna acción que ya haya ocurrido.

Nombre del miembro en letra imprenta: \_\_\_\_\_

Número de identificación del plan de salud: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Nombre del miembro en letra imprenta

\_\_\_\_\_  
Número de identificación  
del plan de salud



---

Firma del miembro

---

Fecha

---

Firma del representante personal

---

Fecha

Nota: Si usted es el representante personal del miembro, indique cuál es su relación con este: \_\_\_\_\_

Es posible que deba presentar una prueba de la autorización legal para actuar en nombre del miembro.

Si completa este formulario porque quiere que el plan de salud le proporcione información a otra persona o compañía, haga una copia de este para su registro. Si el plan de salud solicita su autorización para usar o compartir información por motivos propios, se le enviará una copia de esta autorización después de que la haya firmado. Si tiene preguntas sobre este formulario, comuníquese con nuestro Departamento de Servicio al Cliente al (209) 942-6320.

---

Nombre del miembro en letra imprenta

---

Número de identificación del plan de salud