



## Instrucciones para completar el formulario de autorización del miembro

Si tiene alguna pregunta, no dude en llamarnos al número de servicio al cliente que figura en su tarjeta del seguro de miembro.

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

### Parte A: Información del miembro

Esta sección se aplica al miembro que solicita la divulgación de su información a otra persona o compañía.

- 1 Escriba en letra de imprenta su apellido, nombre e inicial del segundo nombre.
- 2 Escriba su fecha de nacimiento en este formato: mmddaaaa. (Si nació el 5 de octubre de 1960, usted escribiría 10051960).
- 3 Escriba su dirección física completa, ciudad, estado y código postal.
- 4 Escriba su número de teléfono durante el día (incluya el código de área).
- 5 Escriba su número de celular/móvil (incluya el código de área).
- 6 **Número de identificación**  
Encontrará este número en su tarjeta del seguro de miembro.
- 7 **Número de grupo**  
Encontrará este número en su tarjeta del seguro de miembro. Si su tarjeta del seguro no tiene un número de grupo, deje este espacio en blanco.

### Parte B: Persona o compañía que recibirá esta información.

- 8 Escriba el nombre completo de la persona o compañía a la que quiere que le entreguemos su información. No utilice un término general como “mi hija” o “mi hijo”, ya que no se aceptará. Debe ser específico.
- 9 Si marca “Otro”, indique el nombre y el apellido (si están disponibles), el nombre de la compañía (si corresponde) y cómo se relacionan con usted.

### Parte C: Información que puede ser divulgada

Esta sección nos indica qué información le gustaría que divulguemos: toda o solo una parte.

- 10 Para “toda su información”, marque la primera casilla.
- 11 Para “información limitada”, marque la segunda casilla y las casillas que correspondan a su caso.
- 12 Algunos temas pueden ser muy personales o sensibles para usted. Si desea aprobar la divulgación deste tipo de

**Formulario de autorización del miembro**

Si necesita ayuda en español para entender este documento, puede solicitarla sin costo adicional, llamando al número de servicio al cliente que aparece al dorso de su tarjeta de identificación o en el folleto de inscripción. Si se solicita divulgar la información de salud del miembro a otra persona o compañía, el miembro debe llenar este formulario. Incluya tanta información como sea posible.

**Parte A: Información del miembro**

|                                                                 |                                                                   |                                                               |                                                      |
|-----------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|
| Apellido del miembro <b>1</b>                                   | Nombre del miembro                                                | Inicial del segundo nombre                                    | Fecha de nacimiento del miembro <b>2</b>             |
| Dirección física del miembro <b>3</b>                           | Ciudad                                                            | Estado                                                        | Código postal                                        |
| Número de teléfono durante el día (con código de área) <b>4</b> | Número de teléfono celular/móvil (con el código de área) <b>5</b> | Número de identificación (vea la tarjeta del seguro) <b>6</b> | Número de grupo (vea la tarjeta del seguro) <b>7</b> |

**Parte B: Persona o compañía que recibirá esta información.**

Las siguientes personas o compañías tienen derecho a recibir mi información. (Deben tener 18 años de edad o más). Ingrese el nombre y apellido. Al ingresar el nombre/apellido a continuación, esa persona puede recibir mi información.

|                                                     |                                                                                                                        |
|-----------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Mi cónyuge (ingrese el nombre y apellido) <b>8</b>  | Mis padres (si es mayor de 18, ingrese los nombres y apellidos)                                                        |
| Mi pareja doméstica (ingrese el nombre y apellido)  | Mi agente o corredor de seguros (ingrese el nombre de la compañía y el nombre y apellido, si los conoce)               |
| Mis hijos adultos (escriba los nombres y apellidos) | Otros (ingrese el nombre y apellido [si los conoce], nombre de la compañía y parentesco o relación con usted) <b>9</b> |

**Parte C: Información que puede ser divulgada**

Permítame que Healthy Blue Care Together utilice o divulgue la siguiente información en mi nombre:

**10** **Toda mi información.** Esto puede incluir salud, un diagnóstico (nombre de la enfermedad o condición), reclamaciones, médicos y otros proveedores de cuidados médicos e información financiera (como facturación e información bancaria). Esto no incluye información sensible (vea abajo) a menos que se apruebe a continuación.

**11** **Solo la información limitada se puede divulgar (marque todas las casillas a continuación que se aplican a usted).**

|                                                 |                                                                                                          |                                      |
|-------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Beneficios y cobertura | <input type="checkbox"/> Elegibilidad e inscripción                                                      | <input type="checkbox"/> Remisión    |
| <input type="checkbox"/> Facturación            | <input type="checkbox"/> Servicios financieros                                                           | <input type="checkbox"/> Tratamiento |
| <input type="checkbox"/> Reclamaciones y pagos  | <input type="checkbox"/> Registros médicos                                                               | <input type="checkbox"/> Dental      |
| <input type="checkbox"/> Médico y hospital      | <input type="checkbox"/> Certificación previa y autorización                                             | <input type="checkbox"/> Visión      |
|                                                 | <input type="checkbox"/> Diagnóstico (nombre de la enfermedad o condición) y procedimiento (tratamiento) | <input type="checkbox"/> Farmacia    |

**12** **Toda la información sensible <sup>2</sup>**

Autorizo también a Healthy Blue Care Together a divulgar los siguientes tipos de información sensible (marque todas las casillas que correspondan):

|                                                                          |                                                             |                                                          |
|--------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Abuso (sexual/físico, mental)                   | <input type="checkbox"/> VIH o SIDA                         | <input type="checkbox"/> Salud reproductiva <sup>3</sup> |
| <input type="checkbox"/> Trastorno de abuso de sustancias <sup>1,2</sup> | <input type="checkbox"/> Salud mental                       | (incluido el aborto, la maternidad, etc.)                |
| <input type="checkbox"/> Estudios genéticos                              | <input type="checkbox"/> Enfermedades de transmisión sexual |                                                          |

1 Especifique el período de los registros que se divulgarán: \_\_\_\_\_  
Descripción de los registros que podrían divulgarse: \_\_\_\_\_

2 A menos que especifique lo contrario en este formulario, pretendo que esta divulgación incluya todos los registros sobre trastorno de abuso de sustancias mantenidos por Healthy Blue Care Together sobre mí. Entiendo que mis registros del trastorno de abuso de sustancias están protegidos bajo las leyes y regulaciones federales y estatales sobre confidencialidad y no pueden ser divulgados sin mi consentimiento por escrito a menos que se disponga lo contrario en las leyes y regulaciones. También entiendo que podría revocar (o cancelar) esta aprobación en cualquier momento, o según se describe en la Parte E. Entiendo que no puedo cancelar esta aprobación cuando este formulario ya se haya utilizado para divulgar información.

3 La salud reproductiva incluye, entre otros aspectos, la infertilidad masculina y femenina, la maternidad, la pérdida del embarazo, el aborto espontáneo, la planificación familiar, el control de natalidad, el aborto electivo y espontáneo y cualquier otro cuidado o servicio relacionado.

Página 1 de 2



información, marque las casillas que correspondan a su caso.

Lea lo siguiente para poder completar la segunda página de este formulario.

#### Parte D: Propósito de esta autorización

Esta sección nos indica el motivo por el que solicitó la divulgación de su información.

- 1 Marque la primera casilla para indicarnos que autoricemos la divulgación de esta información tal como se muestra en este formulario.
- 2 Marque la segunda casilla por un motivo específico. Un ejemplo podría ser resolver una reclamación de seguro de vida.

#### Parte E: Fecha de vencimiento de la autorización

Tiene dos opciones para indicar cuándo desea que finalice esta autorización.

- 3 Marque la primera casilla para el año estándar en que finalizará.
- 4 Marque la segunda casilla para una fecha anterior (distinta de un año) e indique la fecha en que desea que finalice esta autorización.

#### Parte F: Revisión y aprobación

- 5 Firme su nombre y ponga la fecha en el formulario. Su nombre y firma deben coincidir con la información de la Parte A.
- 6 Si está firmando este formulario en nombre de otra persona, o si tiene un poder legal para cuidado médico, o es un tutor legal/curador, debe hacer lo siguiente:
  - Debe llenar la sección Tutor/representante legal designado.
  - También debe proporcionarnos una copia del documento legal que demuestre que está aprobado e incluirlo con este formulario.

#### Ejemplos de documentos legales:

- **Poder de representación duradero o poder legal general o para cuidado médico.** Este documento otorga a una persona en quien confía el poder legal para actuar en su nombre y tomar decisiones de cuidado médico por usted.
- **Tutela legal.** Ocurre cuando el tribunal designa a alguien para cuidar a otra persona.
- **Tutela.** Ocurre cuando un juez designa a una persona responsable para que tome decisiones por alguien que no puede tomar decisiones responsables por sí mismo.
- **Ejecutor de la sucesión.** Este tipo de documento se utilizaría cuando la persona a la que se representa falleció.

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                  |                                      |                  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|--------------------------------------|------------------|
| <b>Parte D: Propósito de esta autorización: marque solo una casilla.</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                  |                                      |                  |
| <input type="checkbox"/> Para dar la información que se muestra en este formulario                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                  |                                      |                  |
| <input type="checkbox"/> Por estos motivos: _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                  |                                      |                  |
| <b>Parte E: Fecha de vencimiento de la autorización: marque solo una casilla</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                  |                                      |                  |
| Si no se revocó este documento, esta aprobación finalizará en la primera de las siguientes fechas:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                  |                                      |                  |
| <input type="checkbox"/> Un año desde la fecha de la firma en la Parte F.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                  |                                      |                  |
| <input type="checkbox"/> Antes de que transcurra un año y en la fecha, evento o condición que se describen a continuación: _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                  |                                      |                  |
| <b>Parte F: Revisión y aprobación</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                  |                                      |                  |
| He leído el contenido de este formulario. Entiendo, acepto y permito a Healthy Blue Care Together el uso y divulgación de mi información tal como lo he establecido anteriormente o según se requiera. También entiendo que la firma de este formulario es por voluntad propia. Entiendo que Healthy Blue Care Together no requiere que firme este formulario para que yo reciba tratamiento o pago, o para que me inscriba o sea elegible para los beneficios.                                           |                  |                                      |                  |
| Tengo el derecho de revocar esta aprobación en cualquier momento mediante notificación escrita de mi revocación a Healthy Blue Care Together. Entiendo que mi revocación de esta aprobación no afectará ninguna acción tomada antes de hacerlo. También entiendo que la información que es divulgada podría ser entregada por la persona o el grupo que la recibe. Si esto ocurre, ya no estaría protegida bajo la norma de privacidad de la HIPAA. Tengo derecho a recibir una copia de este formulario. |                  |                                      |                  |
| Firma del miembro o del tutor/representante legal designado                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                  |                                      | Fecha (MMDDAAAA) |
| X                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                  |                                      |                  |
| <b>Tutor/representante legal designado:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                  |                                      |                  |
| <b>Llene esta sección solo si tiene documentación que respalde la representación legal.</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                  |                                      |                  |
| Si una persona que no sea el miembro o padre/madre, como un representante personal, tutor o representante legal, firma este formulario en nombre del miembro, envíe la siguiente información:                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                  |                                      |                  |
| <ul style="list-style-type: none"><li>• Una copia del poder de representación duradero o poder legal general o duradero para cuidado médico.</li><li>• La orden judicial o cualquier otra documentación en la que se establezca la custodia, o cualquier otro documento legal que demuestre la autoridad del representante legal para actuar en nombre del individuo.</li></ul>                                                                                                                           |                  |                                      |                  |
| Llene lo siguiente:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                  |                                      |                  |
| Representante legal (nombre completo en letra de imprenta)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                  | Relación legal con el miembro        |                  |
| Dirección física del representante legal                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Ciudad           | Estado                               | Código postal    |
| Firma                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | Fecha (MMDDAAAA) |                                      |                  |
| X                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                  |                                      |                  |
| <b>Devuelva el formulario llenado a:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                  |                                      |                  |
| <b>Asegúrese de conservar una copia de este formulario para sus registros.</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                  |                                      |                  |
| <b>Para uso interno únicamente:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                  | Número de seguimiento de la consulta |                  |



## Formulario de autorización del miembro

Si necesita ayuda en español para entender este documento, puede solicitarla sin costo adicional, llamando al número de servicio al cliente que aparece al dorso de su tarjeta de identificación o en el folleto de inscripción. Si se solicita divulgar la información de salud del miembro a otra persona o compañía, el miembro debe llenar este formulario. Incluya tanta información como sea posible.

### Parte A: Información del miembro

|                                                              |                                                             |                                                         |                                                |
|--------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|------------------------------------------------|
| Apellido del miembro                                         | Nombre del miembro                                          | Inicial del segundo nombre                              | Fecha de nacimiento del miembro                |
| Dirección física del miembro                                 | Ciudad                                                      | Estado                                                  | Código postal                                  |
| Número de teléfono durante el día<br>(con el código de área) | Número de teléfono celular/móvil<br>(con el código de área) | Número de identificación<br>(vea la tarjeta del seguro) | Número de grupo<br>(vea la tarjeta del seguro) |

### Parte B: Persona o compañía que recibirá esta información.

|                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                               |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Las siguientes personas o compañías tienen derecho a recibir mi información. (Deben tener 18 años de edad o más). Ingrese el nombre y apellido. Al ingresar el nombre/apellido a continuación, esa persona puede recibir mi información. |                                                                                                               |
| Mi cónyuge (ingrese el nombre y apellido)                                                                                                                                                                                                | Mis padres (si es mayor de 18, ingrese los nombres y apellidos)                                               |
| Mi pareja doméstica (ingrese el nombre y apellido)                                                                                                                                                                                       | Mi agente o corredor de seguros (ingrese el nombre de la compañía y el nombre y apellido, si los conoce)      |
| Mis hijos adultos (escriba los nombres y apellidos)                                                                                                                                                                                      | Otros (ingrese el nombre y apellido [si los conoce], nombre de la compañía y parentesco o relación con usted) |

### Parte C: Información que puede ser divulgada

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                        |                                                          |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|
| Permito que Healthy Blue Care Together utilice o divulgue la siguiente información en mi nombre: <b>Marque solo una casilla.</b>                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                        |                                                          |
| <input type="checkbox"/> <b>Toda mi información.</b> Esto puede incluir salud, un diagnóstico (nombre de la enfermedad o condición), reclamaciones, médicos y otros proveedores e información financiera (como facturación e información bancaria). Esto no incluye información sensible (vea abajo) a menos que se apruebe a continuación.                                                                |                                                                                                        |                                                          |
| <b>O</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                        |                                                          |
| <input type="checkbox"/> <b>Solo la información limitada</b> se puede divulgar (marque todas las casillas a continuación que se aplican a usted).                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                        |                                                          |
| <input type="checkbox"/> Apelación                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | <input type="checkbox"/> Elegibilidad e inscripción                                                    | <input type="checkbox"/> Remisión                        |
| <input type="checkbox"/> Beneficios y cobertura                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | <input type="checkbox"/> Servicios financieros                                                         | <input type="checkbox"/> Tratamiento                     |
| <input type="checkbox"/> Facturación                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | <input type="checkbox"/> Registros médicos                                                             | <input type="checkbox"/> Dental                          |
| <input type="checkbox"/> Reclamaciones y pagos                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | <input type="checkbox"/> Certificación previa y autorización previa (para aprobaciones de tratamiento) | <input type="checkbox"/> Visión                          |
| <input type="checkbox"/> Médico y hospital                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                        | <input type="checkbox"/> Farmacia                        |
| <input type="checkbox"/> Diagnóstico (nombre de la enfermedad o condición) y procedimiento (tratamiento): _____                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                        |                                                          |
| Autorizo también a Healthy Blue Care Together a divulgar los siguientes tipos de información sensible (marque todas las casillas que correspondan):                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                        |                                                          |
| <input type="checkbox"/> <b>Toda la información sensible</b> <sup>2</sup>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                        |                                                          |
| <b>O</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                        |                                                          |
| <input type="checkbox"/> <b>Solo la información sensible sobre los temas marcados a continuación</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                        |                                                          |
| <input type="checkbox"/> Abuso (sexual/físico, mental)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | <input type="checkbox"/> VIH o SIDA                                                                    | <input type="checkbox"/> Salud reproductiva <sup>3</sup> |
| <input type="checkbox"/> Trastorno de abuso de sustancias <sup>1,2</sup>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | <input type="checkbox"/> Salud mental                                                                  | (incluido el aborto, la maternidad, etc.)                |
| <input type="checkbox"/> Estudios genéticos                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | <input type="checkbox"/> Enfermedades de transmisión sexual                                            |                                                          |
| 1 Especifique el periodo de los registros que se divulgarán: _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                        |                                                          |
| Descripción de los registros que podrían divulgarse: _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                        |                                                          |
| 2 A menos que especifique lo contrario en este formulario, pretendo que esta divulgación incluya todos los registros sobre trastorno de abuso de sustancias mantenidos por Healthy Blue Care Together sobre mí. Entiendo que mis registros del trastorno de abuso de sustancias están protegidos bajo las leyes y regulaciones federales y estatales sobre confidencialidad y no pueden ser divulgados sin |                                                                                                        |                                                          |

mi consentimiento por escrito a menos que se disponga lo contrario en las leyes y regulaciones. También entiendo que podría revocar (o cancelar) esta aprobación en cualquier momento, o según se describe en la Parte E. Entiendo que no puedo cancelar esta aprobación cuando este formulario ya se haya utilizado para divulgar información.

3 La salud reproductiva incluye, entre otros aspectos, la infertilidad masculina y femenina, la maternidad, la pérdida del embarazo, el aborto espontáneo, la planificación familiar, el control de natalidad, el aborto electivo y espontáneo y cualquier otro cuidado o servicio relacionado.

**Parte D: Propósito de esta autorización: marque solo una casilla.**

☐ Para dar la información que se muestra en este formulario

☒

☐ Por estos motivos: \_\_\_\_\_

**Parte E: Fecha de vencimiento de la autorización: marque solo una casilla**

Si no se revocó este documento, esta aprobación finalizará en la primera de las siguientes fechas:

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

☒

☐ Antes de que transcurra un año y en la fecha, evento o condición que se describen a continuación: \_\_\_\_\_

**Parte F: Revisión y aprobación**

He leído el contenido de este formulario. Entiendo, acepto y permito a Healthy Blue Care Together el uso y divulgación de mi información tal como lo he establecido anteriormente o según se requiera. También entiendo que la firma de este formulario es por voluntad propia. Entiendo que Healthy Blue Care Together no requiere que firme este formulario para que yo reciba tratamiento o pago, o para que me inscriba o sea elegible para los beneficios.

Tengo el derecho de revocar esta aprobación en cualquier momento mediante notificación escrita de mi revocación a Healthy Blue Care Together. Entiendo que mi revocación de esta aprobación no afectará ninguna acción tomada antes de hacerlo. También entiendo que la información que es divulgada podría ser entregada por la persona o el grupo que la recibe. Si esto ocurre, ya no estaría protegida bajo la norma de privacidad de la HIPAA. Tengo derecho a recibir una copia de este formulario. También entiendo que si una persona obtiene información sobre mi abuso de sustancias, no puede compartirla sin mi permiso por escrito, a menos que se requiera lo contrario.

Firma del miembro o del tutor/representante legal designado

Fecha (MMDDAAAA)

☒

**Tutor/representante legal designado:**

**Llene esta sección solo si tiene documentación que respalde la representación legal.**

Si una persona que no sea el miembro o padre/madre, como un representante personal, tutor o representante legal, firma este formulario en nombre del miembro, envíe la siguiente información:

- Una copia del poder de representación duradero o poder legal general o duradero para cuidado médico.

☒

- La orden judicial o cualquier otra documentación en la que se establezca la custodia, o cualquier otro documento legal que demuestre la autoridad del representante legal para actuar en nombre del individuo.

Llene lo siguiente:

Representante legal (nombre completo en letra de imprenta)

Relación legal con el miembro

Dirección física del representante legal

Ciudad

Estado

Código postal

Firma

Fecha (MMDDAAAA)

☒

**Devuelva el formulario llenado a:**

Member Privacy Unit  
P.O. Box 62509  
Virginia Beach, VA 23466

**Asegúrese de conservar una copia de este formulario para sus registros.**

Para uso interno únicamente:

Número de seguimiento de la consulta