

Autorización para divulgación de Información médica protegida (PHI)

Este formulario concede permiso a True Health New Mexico para divulgar Información médica protegida (PHI, por sus siglas en inglés) sobre mí a las personas o entidades en este formulario.

VERIFICACIÓN DE MIEMBRO – Esta es la persona de la que se divulgará información.

Nombre completo del miembro:	Fecha de nacimiento:
Número de identificación de miembro:	¿El miembro es menor de edad? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

VERIFICACIÓN DE AFILIADO – Este es el titular de la póliza y puede ser diferente al Miembro.

Nombre completo del afiliado (en caso de ser diferente al del Miembro):	
Número de identificación del afiliado y número de seguridad social:	Relación con el Miembro:

INFORMACIÓN SOLICITADA – Autorizo a True Health New Mexico a divulgar la siguiente información (marcar todo lo que corresponda):

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Información de reclamos | <input type="checkbox"/> Información de pago |
| <input type="checkbox"/> Tratamiento médico/Información de diagnóstico, incluyendo pruebas genéticas, VIH/SIDA, embarazo, abuso de sustancias/alcohol y salud mental/comportamiento | <input type="checkbox"/> Información sobre inscripción; |
| | <input type="checkbox"/> Verificación de referidos médicos y/o autorización previa |
| | <input type="checkbox"/> Todas/cualquiera de las razones detalladas |

DIVULGAR MI PHI A:

Nombre del Destinatario Autorizado (¿Cómo desea que se envíe la información?): _____

Correo (dirección): _____

Fax a: _____

Correo electrónico a: _____

Por teléfono (escriba el número): _____

El motivo de esta divulgación es: _____

Esta autorización vencerá dos años después de la fecha de firma.

AUTORIZACIÓN

- | | |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Comprendo que si no está completa la información de este formulario se me devolverá el formulario y la PHI solicitada no se divulgará hasta que True Health New Mexico haya recibido el formulario completo. • Comprendo que puedo extinguir o cambiar esta Autorización en cualquier momento enviando una nota por escrito a True Health New Mexico completando una nueva Autorización para Divulgación de PHI. Ninguna revocación de esta Autorización será efectiva para ninguna acción que True Health New Mexico ya haya tomado. Comunicarse con el Centro de servicio de atención al cliente para recibir ayuda. | <ul style="list-style-type: none"> • Comprendo que después de que la PHI fue divulgada al destinatario (los destinatarios) detallados en esta Autorización, las leyes federales pueden no proteger más la información divulgada y que la información puede ser divulgada nuevamente sin mi conocimiento o autorización. • Comprendo que True Health New Mexico no podrá condicionar tratamiento, pago, inscripción ni elegibilidad para beneficios según si firmo o no esta autorización. |
|---|---|

Leí y comprendí la información anterior y autorizo debidamente a las personas o entidades designadas para recibir mi PHI.

Firma del miembro

Si está completando esta solicitud en representación de un menor de edad, True Health New Mexico puede solicitar más información antes de que esta solicitud se considere completa. Al firmar este formulario, usted declara y garantiza que es el Representante Personal y/o Legal del Miembro.

Firma del representante

Fecha

Fecha

Si usted es un representante designado realizando esta solicitud en representación de un miembro mayor de edad que no puede dar consentimiento, NMCH solicitará verificación de la autoridad del representante Personal o Legal antes de que se considere completa la solicitud.

Firma del representante

Fecha

Enviar por **fax** el formulario completo a: True Health New Mexico, 1-866-628-3047, o
 Enviar por **correo** el formulario completo a: True Health New Mexico, P.O. Box 36719, Albuquerque, NM 87176