

# Forma de Divulgación de Información de Cuidado de Salud Y Registros

Nombre del Miembro o Persona Inscrita: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_  
(Primer nombre, inicial del segundo nombre, apellido)

Nombre del Suscriptor: \_\_\_\_\_ Número de Identificación del Suscriptor: \_\_\_\_\_  
(Primer nombre, inicial del segundo nombre, apellido)

## INFORMACIÓN DE SALUD Y REGISTROS A SER DIVULGADOS A:

Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Fax: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ C.P.: \_\_\_\_\_

**TIPOS DE INFORMACIÓN A SER DIVULGADA:** Doy mi autorización a \_\_\_\_\_, para divulgar la siguiente información de cuidado de salud a la persona antes nombrada. Entiendo que FamilyCare, Inc. necesita mi consentimiento por escrito para divulgar cualquier información de cuidado de salud sobre exámenes, diagnósticos, procedimientos y/o tratamiento para dependencia al alcohol y/o a sustancias químicas, salud de reproducción, enfermedades venéreas (incluyendo el VIH y SIDA) o enfermedades psiquiátricas o mentales. Con base a la(s) casilla(s) que marqué a continuación, FamilyCare, Inc. puede divulgar toda información y registros sobre diagnóstico, procedimientos, reclamaciones o cualquier otra información o registro.

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Información General de Cuidado de Salud         | <input type="checkbox"/> Enfermedades Venéreas (VIH/SIDA)      |
| <input type="checkbox"/> Dependencia a Alcohol y/o a Sustancias Químicas | <input type="checkbox"/> Enfermedades Psiquiátricas o Mentales |
| <input type="checkbox"/> Salud de Reproducción (incluyendo aborto)       | <input type="checkbox"/> Otro: _____                           |

## PROPÓSITO DE LA DIVULGACIÓN Y CÓMO SE UTILIZARÁ LA INFORMACIÓN:

- Bajo petición de la persona
- Se necesita autorización para determinar la inscripción o elegibilidad para recibir beneficios (ver Sección XX adelante)
- Propósitos de investigación
- Otro: \_\_\_\_\_

**MARCO DE TIEMPO DE LA AUTORIZACIÓN PARA DIVULGACIÓN:** A menos que lo revoque, la presente autorización para divulgación tendrá una vigencia de noventa (90) días a partir de la fecha de mi firma a continuación o al término del evento de investigación de haber sido antes marcado.

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Escriba su nombre: \_\_\_\_\_

\*De no ser el miembro o persona inscrita, soy el  Padre  Tutor Legal  Titular de Poderes  
Si es el tutor legal o titular de poderes para el miembro o persona inscrita, adjunte la documentación legal.

**REVOCACIÓN DE LA DIVULGACIÓN:** Entiendo que puedo cambiar de parecer y puedo revocar la presente autorización para divulgación en cualquier momento. Lo haré por medio de avisarle mi decisión a FamilyCare, Inc.. Cualquier cambio entrará en vigor cuando FamilyCare, Inc. reciba mi aviso por escrito en la dirección 2121 SW Broadway, Suite 300, Portland, Oregon 97201. Entiendo que parte de esta información o su totalidad puede ya haber sido compartida y que FamilyCare, Inc. no será responsable por cualquier información que ya haya sido divulgada.

**REDIVULGACIÓN:** La información divulgada como resultado de la presente autorización puede volverse a divulgar por la parte antes nombrada como el destinatario y puede ya no estar protegida por las reglas de privacidad estatales y federales. De tener cualquier preocupación de que esto haya ocurrido, puedo comunicarme con el Oficial de Privacidad de FamilyCare, Inc. llamando al (800) 335-3205.

*Sírvase retener una copia de la presente autorización para sus archivos.*