

# Autorización de Divulgación

## Uso y Divulgación de Información Protegida de Salud



Entidad Pública

Inland Empire Health Plan

La Ley de Transferibilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos (*Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA*), los reglamentos federales y la legislación de California requieren que se llene esta Autorización para permitir que Inland Empire Health Plan (IEHP) use y divulgue la Información Protegida de Salud (*Protected Health Information, PHI*).

Yo \_\_\_\_\_ autorizo a IEHP para que use y divulgue la PHI de este Miembro, como se describe a continuación:

INFORMACIÓN DEL MIEMBRO

<b>OBLIGATORIO</b>			
Nombre del Miembro		Nº de Identificación del Miembro o Nº de Seguro Social	Fecha de Nacimiento
Domicilio (para la entrega)		Nº de Apartamento/Unidad	
Ciudad	Estado	Código Postal	Nº de Teléfono

SOLICITUD DE REGISTRO

<b>OBLIGATORIO</b>			
<b>Por favor, indique el tipo de registros de PHI que solicita:*</b>			
<input type="checkbox"/> Receta	<input type="checkbox"/> Casos de Quejas Formales y Apelaciones	<input type="checkbox"/> Referencias/Autorizaciones	
<input type="checkbox"/> Reclamaciones/Facturación	<input type="checkbox"/> Inscripción/Elegibilidad		
Ingrese el intervalo de fechas de los registros de PHI solicitados: de ____ / ____ / ____ a ____ / ____ / ____			
<b>Por favor, indique el(los) propósito(s) para divulgar o usar PHI:</b>			
<input type="checkbox"/> Legal	<input type="checkbox"/> Uso personal	<input type="checkbox"/> Seguro médico	<input type="checkbox"/> Otro (Especifique) _____
* IEHP no conserva registros médicos o clínicos individuales. Estos registros están bajo custodia de profesionales/entidades que proporcionaron los servicios médicos, es decir, Doctores de Cuidado Primario, Especialistas, Hospitales, etcétera.			

AUTORIZACIÓN

<b>OBLIGATORIO</b>		
<b>Leí esta Autorización y acepto el uso y la divulgación de la PHI, tal como se especifica.</b>		
Nombre del Miembro (en letra de imprenta)	Firma del Miembro	Fecha
<b>Si firma a nombre del Miembro, describa su autoridad para actuar en representación del Miembro (por ejemplo, es el padre o la madre de un menor de edad, o es el tutor legal):</b>		
_____ Nota: La documentación adecuada de la autoridad del representante legal debe estar registrada en IEHP.		
Nombre del Representante Legal del Miembro (en letra de imprenta)	Firma del Representante Legal del Miembro	Fecha
Esta Autorización entra en vigencia inmediatamente y seguirá vigente hasta el ____ / ____ / ____ (fecha de finalización)		

EXCLUSIVAMENTE PARA USO INTERNO

La autorización contiene Información Privilegiada y Confidencial.

Rev. 11/2017

# Autorización de Divulgación

## Uso y Divulgación de Información Protegida de Salud



AUTORIZACIONES ESPECÍFICAS

### Autorizaciones Específicas:

**OPCIONAL**

Los registros de PHI sobre abuso de sustancias, condiciones de salud mental e información sobre el VIH no se divulgarán sin autorización específica. Si usted solicita el uso y la divulgación de dichos registros, por favor, escriba sus iniciales en las casillas adecuadas a continuación para conceder su autorización específica:

- Información de Tratamiento de Abuso de Drogas/Alcohol       Información de Tratamiento de Salud Mental  
(esto NO incluye notas de psicoterapia)
- Información de Resultados y Tratamiento de VIH       Otro \_\_\_\_\_

ENTREGA DE REGISTRO

### Opciones de Entrega: (por favor, marque una)

**OBLIGATORIO**

- Recoger en IEHP (de lunes a viernes, de 8am - 11am y de 1pm - 3pm)\*  
\* Si elige recoger sus registros, el Departamento Legal de IEHP se pondrá en contacto con usted cuando los registros estén disponibles. Sus registros estarán disponibles para que los recoja durante 14 días hábiles. Si sus registros no se recogen en el plazo de 14 días hábiles, serán destruidos.
- Envío por FedEx  
Domicilio de Entrega \_\_\_\_\_
- Portal de Correo Electrónico Seguro\*  
Dirección de Correo Electrónico \_\_\_\_\_
- \* Para proteger su privacidad, IEHP envía PHI usando un portal de correo electrónico seguro. Cuando lo solicite, IEHP puede enviar su PHI a un portal de correo electrónico no cifrado y no seguro. Sin embargo, IEHP no garantiza seguridad, ni se responsabiliza de violaciones que pudieran ocurrir si la PHI se envía a través de un correo electrónico no cifrado y no seguro. Si desea solicitar que IEHP le envíe su PHI por medio de un portal de correo electrónico no cifrado y no seguro, y si acepta los riesgos de seguridad con este método, escriba sus iniciales aquí \_\_\_\_\_.

**Si la entrega es a una persona/entidad que no es usted o su representante legal, por favor, indique el nombre y la información de contacto de la persona/entidad autorizada para recibir sus registros de PHI:**

Nombre \_\_\_\_\_ Relación con el Miembro \_\_\_\_\_

**Información de Contacto para la Entrega** (si es diferente a la anterior)

NOTIFICACIONES

### AVISO SOBRE LOS DERECHOS Y OTRA INFORMACIÓN

Entiendo que no tengo que firmar esta Autorización. El hecho de que me niegue a firmarla no afectará mi capacidad para obtener tratamiento, un pago o la elegibilidad para recibir beneficios. Entiendo que tengo derecho a revocar esta Autorización en cualquier momento, siempre que mis revocaciones sean por escrito. Entiendo que tengo derecho a recibir una copia. Además, entiendo que si la información proporcionada en esta Autorización se divulga (se da) a otra persona o agencia, es posible que ya no esté protegida por la ley federal de confidencialidad (HIPAA). Sin embargo, la legislación de California no permite que la persona que reciba la información médica por medio de esta Autorización la divulgue, a menos que yo otorgue una nueva autorización para tal divulgación, o a menos que la ley requiera o permita específicamente tal divulgación.

IEHP trabajará en esta solicitud en un plazo de 30 días desde la fecha en que se recibió la Autorización, o en un plazo de 60 días si la información solicitada no se mantiene o está accesible para IEHP en sus instalaciones.

**Por favor, responda, firme y devuelva esta Autorización a:**

Inland Empire Health Plan | Attn: Legal Department  
P.O. Box 1800 | Rancho Cucamonga, CA 91729  
Fax: 909-477-8578 | Correo electrónico: Legal@iehp.org

EXCLUSIVAMENTE PARA USO INTERNO

La autorización contiene Información Privilegiada y Confidencial.

Rev. 11/2017