



## FORMULARIO DE DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN

Este formulario se utiliza para **AUTORIZAR LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD**. Se usa para permitirle a un miembro o representante que ya haya sido designado, a autorizar la divulgación de la información de salud a Contra Costa Health Plan.

**Si tiene alguna pregunta, llame al Departamento de Servicios al Miembro**, al 1-877-661-6230 (presione 2) (Únicamente Retransmisión de California/TTY/TDD, llame al 1-800-735-2929).

**Envíe por correo postal el formulario completado a:** Contra Costa Health Plan, Member Services Department, 595 Center Avenue, suite 100, Martinez, CA 94553, **o por fax a** 925-313-6047, o envíenoslo por correo electrónico a [member.services@hsd.cccounty.us](mailto:member.services@hsd.cccounty.us)

AUTORIZACIÓN DEL MIEMBRO O REPRESENTANTE PARA DIVULGAR INFORMACIÓN DE SALUD		
<b>Nombre del miembro:</b> (Primer nombre, segundo nombre, apellido, tratamiento de cortesía)  <b>Nombre del representante (si corresponde):</b> (Primer nombre, segundo nombre, apellido, tratamiento de cortesía)		<b>Número de identificación (ID) del miembro:</b>
<b>Dirección del miembro:</b> (incluido el código postal)		<b>Fecha de nacimiento del miembro:</b> (Mes/Día/Año)
<b>Número de teléfono del hogar del miembro:</b> (incluido el código de área)	<b>Número de teléfono del miembro durante el día:</b> (incluido el código de área)	<b>Sexo del miembro:</b> <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
Soy el <input type="checkbox"/> Miembro <input type="checkbox"/> Tutor <input type="checkbox"/> Curador <input type="checkbox"/> Representante:		
<b>Por el presente autorizo a Contra Costa Health Plan a usar o divulgar la información de salud de la persona nombrada anteriormente a:</b>		
<b>Nombre de la persona, agencia u organización</b>		<b>Número de teléfono:</b>



<b>Dirección:</b> (incluido el código postal)		
<b>Objetivo de la divulgación:</b> <input type="checkbox"/> A solicitud de la persona	<b>Fechas y tipos de información a divulgar:</b>	
<p><b>REDIVULGACIÓN:</b>          Si usted ha autorizado la divulgación de su información de salud a alguien que no está obligado por ley a mantenerla confidencial, esta puede volver a divulgarse y podría ya no estar protegida. La legislación de California y una ley federal que rige los expedientes sobre abuso de drogas de los pacientes prohíbe a los destinatarios de su información de salud que vuelvan a divulgar dicha información, excepto con su autorización escrita o como lo exija o autorice la ley de manera específica.</p> <p><b>INFORMACIÓN A DIVULGAR:</b>          Esta es una autorización PLENA para la divulgación de información de atención médica, que incluye expedientes de mantenimiento de atención médica, así como expedientes médicos, quirúrgicos, de enfermedades de transmisión sexual, salud mental, atención y tratamiento para el abuso de alcohol u otras drogas, en su caso. Este consentimiento también autoriza la divulgación de los resultados de la prueba de VIH, si los hay. Estos expedientes serán divulgados, a menos que se excluyan específicamente a continuación:</p> <p>(INICIAL) ____ SIN EXCLUSIONES</p> <p>EXCLUIR: (INICIAL) ____ Excluir resultados de las pruebas de VIH          (INICIAL) ____ Excluir información sobre tratamiento por abuso de sustancias          (INICIAL) ____ Excluir información sobre tratamiento de salud mental          (INICIAL) ____ Excluir otros: _____</p> <p>Esta autorización entra en vigencia inmediatamente y permanecerá en vigencia por un año o hasta _____(fecha), lo que suceda primero. Puedo revocar esta autorización en cualquier momento. Mi revocación debe ser por escrito, estar firmada por mí o en mi nombre, y enviarse a Contra Costa Health Plan. Mi revocación entrará en vigencia cuando se reciba, pero no estará en vigencia en la medida en que Contra Costa Health Plan haya actuado con base en esta autorización. Tengo derecho a recibir una copia de esta autorización. Si Contra Costa Health Plan me pide que autorice esta divulgación, tengo derecho a inspeccionar u obtener una copia de dicha información de salud divulgada. Puedo negarme a firmar esta autorización. El tratamiento, el pago, la inscripción o la elegibilidad para recibir beneficios no estarán condicionados a que proporcione o me niegue a proporcionar esta autorización.</p>		
<b>Firma del miembro:</b>	<b>Fecha</b>	
<b>Firma del representante:</b>	<b>Fecha</b>	