Autorización para usar y dar a conocer la información de salud

Aviso al (a la) afiliado(a):

- Al llenar este formulario, usted autoriza a Ambetter from Home State Health (Ambetter) a (i) que use su información de salud para un fin en particular, y/o (ii) a que la comparta con la persona o entidad que usted identifique en este formulario.
- No tiene que dar su permiso para usar o compartir su información de salud. Sus servicios y beneficios con Ambetter no cambiarán si no presenta este formulario.
- Si desea cancelar este formulario de autorización, envíenos por escrito una solicitud para revocarlo a la dirección que aparece al final de esta página. Servicios para los afiliados puede proporcionarle un formulario de revocación si llama al número telefónico que se encuentra en la parte trasera de su tarjeta de identificación de afiliación.
- Ambetter no puede prometer que la persona o el grupo con el que nos permita compartir su información de salud no la compartirá con alguien más.
- Conserve una copia de todos los formularios llenos que nos envíe. Si los necesita, podemos enviarle copias.
- Si necesita ayuda, comuníquese con Servicios para los afiliados al número telefónico que aparece en la parte trasera de su tarjeta de identificación de afiliación.
- Llene toda la información en este formulario. Al terminar, envíe el formulario y todos los documentos de apoyo a

Ambetter from Home State Health
ATTN: Compliance Department
7711 Carondelet Avenue
St. Louis, MO 63105

Teléfono: 1-855-650-3789 (Personas con discapacidad auditiva TTY: 711)

Notice to Member:

- Completing this form will allow Ambetter from Home State Health (Ambetter) to (i) use your health information for a particular purpose, and/or (ii) share your health information with the individual or entity that you identify on this form.
- You do not have to give permission to use or share your health information. Your services and benefits with Ambetter will not change if you do not submit this form.
- If you want to cancel this authorization form, send us a written request to revoke it at the address on the bottom of this page. A revocation form can be provided to you by calling Member Services at the phone number on the back of your member ID card.
- Ambetter cannot promise that the person or group you allow us to share your health information with will not share it with someone else.
- Keep a copy of all completed forms that you send to us. We can send you copies if you need them.
- If you need help, contact Member Services at the phone number on the back of your member ID card.
- Fill in all the information on this form. When finished, mail the form and any supporting documentation to

Ambetter from Home State Health
ATTN: Compliance Department
7711 Carondelet Avenue
St. Louis, MO 63105

Phone: 1-855-650-3789 (Hearing impaired TTY: 711)

POR FAVOR, LEA LAS INSTRUCCIONES DETENIDAMENTE Y LLENE EL FORMULARIO SIGUIENTE. LOS FORMULARIOS INCOMPLETOS NO PUEDEN ACEPTARSE.

1 INFORMACIÓN DEL (DE LA) AFILIADO(A):

Nombre del (de la) afiliado(a) (*escriba con letra de molde)*: _____

Fecha de nacimiento del (de la) afiliado(a): _____

Número de identificación del (de la) afiliado(a): _____

2 DOY A AMBETTER MI PERMISO PARA QUE USE MI INFORMACIÓN DE SALUD PARA LOS PROPÓSITOS IDENTIFICADOS O PARA QUE COMPARTA MI INFORMACIÓN DE SALUD CON LA PERSONA O EL GRUPO NOMBRADO ABAJO. EL PROPÓSITO DE LA AUTORIZACIÓN ES *(marque una de las opciones siguientes)***:**

☐ permitir a Ambetter que me ayude con mis beneficios y servicios, **O**
☐ permitir a Ambetter que use o comparta mi información de salud para

_____

3 PERSONA O GRUPO QUE RECIBIRÁ LA INFORMACIÓN *(añada más Personas o Grupos en la página siguiente)***:**

Nombre (persona o grupo):_____

Dirección:_____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____ Teléfono: (____) ____ - _____

4 AUTORIZO A AMBETTER A QUE USE O COMPARTA LA INFORMACIÓN DE SALUD SIGUIENTE
(NOTA: Seleccione la primera oración para permitir divulgar TODA la información de salud o seleccione la oración de abajo para permitir divulgar solamente ALGUNA de la información de salud. ***NO PUEDEN seleccionarse ambas.****)*

☐ **Toda mi información de salud, QUE INCLUYE:**
Información, servicios o resultados de pruebas de genética; registros y datos de VIH/SIDA; registros y datos de salud mental (pero no las notas de psicoterapia); registros y datos de fármacos/medicamentos de venta con receta; y registros y datos de drogas y alcohol (por favor, especifique cualquier información de trastornos de consumo de sustancias que pueda darse a conocer); **O**

☐ **Toda mi información de salud, EXCEPTO** *(marque solamente los recuadros siguientes que sean relevantes)***:**

☐ Información, servicios o pruebas de genética
☐ Información y registros del VIH/SIDA
☐ Información y registros sobre el alcoholismo y la drogadicción
☐ Información y registros de salud mental (pero no las notas de psicoterapia)
☐ Información y registros de fármacos/medicamentos de venta con receta
☐ Otra: _____

5 ESTA AUTORIZACIÓN TERMINA EN ESTA FECHA/EVENTO: _____
Fecha en que la autorización termina, a menos que se cancele. Si este campo se deja en blanco, la autorización vencerá en un año a partir de la fecha en que se firme este documento, abajo.

6 FIRMA DEL (DE LA) AFILIADO(A) O SU REPRESENTANTE LEGAL: _____

FECHA: _____

SI ES REPRESENTANTE LEGAL – Relación con el (la) afiliado(a): _____
Si es usted el (la) representante personal o legal del (de la) afiliado(a), ***debe enviarnos copias de los formularios correspondientes****, como poder legal u orden de tutoría.*

ENVÍE EL FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN LLENO Y TODO DOCUMENTO DE APOYO A
Ambetter from Home State Health, ATTN: Compliance Department
7711 Carondelet Avenue, St. Louis, MO 63105

INDIVIDUO(S) O GRUPO(S) ADICIONAL(ES) QUE RECIBIRÁ(N) LA INFORMACIÓN:

NOTA: Si está autorizando el que se dé a conocer todo registro sobre el trastorno de consumo de sustancias a un receptor que no es ni un pagador tercero ni un proveedor, centro o programa de atención de la salud del que recibe servicios de un proveedor tratante, como por ejemplo de un intercambio de seguros de salud o una institución de investigación (en lo sucesivo llamada "la entidad receptora"), debe especificar el nombre de la persona o entidad de la que recibe los servicios de un proveedor tratante en esa entidad receptora, o sencillamente declare que sus registros del trastorno de consumo de sustancias pueden darse a conocer a sus proveedores tratantes, actuales y futuros, de esa entidad receptora.

Nombre (persona o entidad): _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____ Teléfono: ( ) -

Nombre (persona o entidad): _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código _____ Teléfono: ( ) -

Nombre (persona o entidad): _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código _____ Teléfono: ( ) -

Nombre (persona o entidad): _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código _____ Teléfono: ( ) -

Nombre (persona o entidad): _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código _____ Teléfono: ( ) -

Nombre (persona o entidad): _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código _____ Teléfono: ( ) -

Nombre (persona o entidad): _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código _____ Teléfono: ( ) -

Nombre (persona o entidad): _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código _____ Teléfono: ( ) -