AUTORIZACIÓN PARA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DEL PLAN DE SALUD

Por la presente, autorizo a Scott and White Health Plan y a sus subsidiarias, incluidas SHA, LLC, con nombre comercial FirstCare Health Plans, Scott & White Care Plans, Insurance Company of Scott and White y Southwest Life & Health Insurance Company (en conjunto denominadas "SWHP") a analizar y divulgar mi información de salud médica personal, según corresponda, por escrito, en persona y/o por teléfono, con las siguientes personas y con los siguientes fines:

Marque todas las opciones que correspondan:
Incluya esta información si corresponde: _____ Alcohol/drogas (INICIALES DEL MIEMBRO) **_____ Genética** (INICIALES DEL MIEMBRO) **_____ VIH/SIDA** (INICIALES DEL MIEMBRO) **_____ Salud mental** (INICIALES DEL MIEMBRO)

- ❑ Información general sobre beneficios
- ❑ Información sobre reclamos
- ❑ Cambios demográficos
- ❑ Autorización/remisiones
- ❑ Facturación/prima
- ❑ Asistencia a las citas
- ❑ Solicitud/elegibilidad
- ❑ Solicitudes de materiales
- ❑ Quejas/apelaciones
- ❑ Tarjetas de identificación
- ❑ Otro _____

Comprendo que esta autorización es voluntaria y que puedo negarme a firmarla. También comprendo que mi atención médica y el pago de mi atención médica no se verán afectados si no firmo este formulario. Comprendo que, si el destinatario autorizado a recibir la información no es una entidad cubierta, como una compañía aseguradora o un proveedor que no sea de atención médica, la información divulgada podría no seguir estando protegida por las regulaciones federales y estatales sobre privacidad.

También comprendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento enviando una declaración de revocación por escrito a Baylor Scott & White Health – Office of Corporate Compliance, 2001 Bryan Street, Suite 2200, Dallas, Texas 75201. También comprendo que la revocación debe estar firmada y fechada con una fecha posterior a la de esta autorización. La revocación no afectará las divulgaciones realizadas antes de la recepción de la revocación por escrito.

Este documento caducará en el momento de la revocación, o en la fecha o el evento que se especifica aquí: _____.

Nombre del miembro		Fecha de nacimiento / / MM DD AAAA
Dirección	Ciudad, estado, código postal	Número de teléfono

La información se divulgará a los siguientes:

Nombre de la persona/organización		Número de teléfono
Dirección	Ciudad, estado, código postal	Número de fax Number

Nombre de la persona/organización		Número de teléfono
Dirección	Ciudad, estado, código postal	Número de fax Number

l uso y/o divulgación: ❑Atención continua ❑Legal ❑Seguro ❑Uso personal ❑Otro _____
Formato del ejemplar oficial: ❑Papel ❑CD ❑_____ **Entrega del ejemplar oficial:** ❑Retiro ❑Correo ❑Fax a consultorio de atención médica

Comprendo que este documento se aplica a todos los departamentos, proveedores de atención médica y/o empleados de SWHP.

_____ _____
Firma del miembro o representante legal (no se aceptan firmas electrónicas) Fecha

_____ _____
Nombre en letra de imprenta del miembro o representante legal Relación con el miembro

_____
Autoridad del representante para actuar por el miembro (adjuntar documentación de respaldo)

Por favor devuelva el formulario completo por correo, fax o correo electronico.

Correo: Scott and White Health Plan - Attn: Customer Advocacy Department
1206 W. Campus Drive
Temple, TX 76502

Fax: 877-878-8422
Teléfono: 800-321-7947