

Autorización para la divulgación de información médica protegida (PHI)



Al completar este formulario, usted autoriza a EOCCO a utilizar y compartir su información médica protegida (protected health information, PHI). Escriba con tinta negra o azul de manera clara y siga las instrucciones que figuran al reverso para enviarnos este formulario.

Sección 1 Información del miembro (paciente)

Nombre	Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)	Número de identificación (ID)
Nombre del empleador		Número de grupo

Sección 2 Autorización

Entiendo que, como parte de los servicios para miembros, EOCCO tiene información médica protegida (PHI) sobre mí. Autorizo a EOCCO a utilizar y compartir mi información con las siguientes personas:

Nombre		Relación	
Dirección	Ciudad	Estado	Código postal

Para el siguiente motivo (seleccione uno):

- ☐ Discutir toda la información relacionada con mi cobertura de salud, tratamientos y pagos.
- ☐ Otra razón (especifique): _____

Mi PHI incluye:

- Expedientes médicos
- Estados de facturación
- Reportes de imagenología
- Reportes de laboratorio
- Expedientes dentales
- Expedientes de fisioterapia
- Expedientes hospitalarios (incluyendo los reportes de enfermería y las notas de evolución).
- Cualquier información personal o médica relacionada con el propósito de esta autorización.

Solo se usarán los detalles necesarios de su PHI por las razones mencionadas anteriormente.

Si su PHI contiene alguna información de la indicada en los recuadros a marcar a continuación, otras leyes podrían ser aplicables. Al marcar los recuadros a continuación, entiendo y estoy de acuerdo en compartir mi PHI.

- ☐ Información sobre pruebas o resultados del VIH/sida y registros relacionados.
- ☐ Información de pruebas genéticas.
- ☐ Información relacionada con diagnósticos, tratamientos o derivaciones por consumo de drogas o alcohol.
- ☐ Información de salud mental.
- ☐ Salud reproductiva.

Comprendo que mi PHI podría ser compartida de nuevo y que, al hacerlo, podría dejar de estar protegida por las leyes federales. No obstante, las leyes federales o estatales podrían restringir la redivulgación de los resultados o pruebas sobre la información marcada anteriormente.

A menos que sea revocada, esta autorización entrará en vigor y efecto hasta la siguiente fecha (seleccione una opción):

- ☐ Fecha en que se recibió la aprobación: _____ (con un máximo de 24 meses a partir de la fecha de la firma)*
- ☐ Evento: _____
(El evento tendrá un límite máximo de 24 meses. Si incluye eventos como "Muerte", "Finalización de la póliza" o "Hasta la revocación", estos son ejemplos de eventos inválidos y causarán la devolución de esta autorización por inválida).

* Si no especifica una fecha (o la deja en blanco), la autorización tendrá un límite máximo de 24 meses a partir de la fecha de la firma.

Con mi firma a continuación, confirmo que he revisado y entiendo esta autorización.

Firma del paciente	Fecha de la firma
X	

o

Firma del representante del paciente	Fecha de la firma
X	
Nombre en letra de imprenta del representante del paciente	Relación**

** Si usted es el tutor legal, custodio legal, apoderado legal o tiene otra autoridad legal sobre el miembro, adjunte la documentación legal pertinente.

Se deben completar todas las secciones para que esta autorización sea válida. El miembro debe conservar una copia del formulario completo.

Other languages and formats: You can get this document in other languages, large print, Braille or a format you prefer. You can also ask for an interpreter. This help is free. Call 888-788-9821 (TTY/TDD users, please call 711). We accept relay calls.

Otros idiomas y formatos: Puede obtener este documento en otros idiomas, en letra grande, braille o en un formato que usted prefiera. También puede recibir los servicios de un intérprete. Esta ayuda es gratuita. Llame al servicio de atención al cliente 888-788-9821 o TTY 711. Aceptamos todas las llamadas de retransmisión.

¿Está listo para enviar el formulario?
Correo postal: P.O. Box 40384, Portland, OR 97240
Correo electrónico: EOCCOMedical@modahealth.com
Fax: 503-412-4068
eocco.com