



Instrucciones para Llenar la Autorización para Divulgar Información

1. Información Demográfica	Llene su nombre, fecha de nacimiento, dirección e identificación de suscriptor. Esta información se requiere con fines de identificación y autenticación.
2. Autorizo a Optum y sus afiliadas a divulgar mi información de salud individualmente identificable a las siguientes personas u organizaciones:	Escriba el nombre y la dirección de cada persona que usted autorice a Optum a divulgar información relacionada con su atención.
3. Tipo de Información que se Divulgará	Marque la casilla que corresponda. Si marca la segunda casilla, escriba en la línea provista la información específica que podemos divulgar.
4. Objetivo de la Divulgación	Marque la casilla que corresponda. Si marca la segunda casilla, escriba en la línea el objetivo específico de la divulgación de su información.
5. Firma de la Persona	Para que el formulario de autorización sea válido, debe estar firmado y fechado. Para los consumidores de Illinois, se requiere la firma de un testigo.
6. Representante Personal	Un representante personal que firme en nombre del interesado debe presentar documentación legal para verificar la autoridad que tiene para hacerlo.

Una vez que haya llenado el formulario en su totalidad, devuélvalo a:

ATTN: ROI PROCESSING MO0050-1000 13655 Riverport Drive Maryland Heights, MO 63043	Fax: 1-866-322-0051
--	---------------------



Autorización para Divulgar Información de Salud

Nombre Completo del Interesado Fecha de Nacimiento N.º de Identificación del
Miembro o Suscriptor

Dirección del Interesado Ciudad Estado Código Postal

Entiendo y acepto que:

- esta autorización es voluntaria;
- mi información de salud puede contener información creada por otras personas o entidades, incluidos los proveedores de atención de la salud, y también puede contener información médica, farmacéutica, dental, reproductiva, sobre la vista, la salud mental, el abuso de sustancias, el VIH/SIDA, la psicoterapia, las enfermedades contagiosas y los programas de atención de la salud;
- no se me puede denegar tratamiento, pago de servicios de atención de la salud ni inscripción o elegibilidad para beneficios de atención de la salud si no firmo este formulario;
- mi información de salud puede estar sujeta a una nueva divulgación por parte del receptor y, si el receptor no es un plan de salud o proveedor de atención de la salud, la información ya no estará protegida por las normas federales de privacidad;
- esta autorización vencerá un año después de la fecha en que firme la autorización. Puedo revocar esta autorización en cualquier momento si notifico por escrito a Optum. No obstante, la revocación no tendrá efecto en ninguna acción realizada antes de la fecha en que se reciba y procese la revocación.

Quién Puede Recibir y Divulgar mi Información:

Autorizo a Optum y sus afiliadas¹ a divulgar mi información de salud individualmente identificable a las siguientes personas u organizaciones:

(Nombre Completo de las Personas u Organizaciones)

(Dirección Completa de las Personas u Organizaciones)

¹ OptumHealth Behavioral Solutions of California (OHBS-CA), también conocida como U.S. Behavioral Health Plan, California o USBHPC, es una afiliada de Optum.

Tipo de Información que se Divulgará:

- Autorizo a divulgar toda mi información de salud, incluida la información médica, farmacéutica, dental, reproductiva y sobre la vista, la salud mental, el abuso de sustancias, el VIH/SIDA, la psicoterapia, las enfermedades contagiosas y los programas de atención de la salud;
- Autorizo solamente la divulgación de la siguiente información:

(Tipo de Información)

Objetivo de la Divulgación:

- Mi información de salud se divulgará cuando lo solicite mi representante personal o yo;
- Mi información de salud se divulgará con el siguiente objetivo:

(Explicar Objetivo)

Firma de la Persona

Fecha

Firma del Testigo (*Sólo para residentes de Illinois*)

Fecha

Nota: Si usted es el tutor o el representante designado por un tribunal, debe adjuntar copias de su autorización legal para representar al miembro.

Firma del Representante del Interesado

Fecha

Representante Personal:

Nombre

Número de Teléfono

Dirección

Ciudad

Estado

Código Postal

(Sólo para residentes de California y Georgia) Entiendo que puedo ver y copiar la información descrita en este formulario si así lo solicito, y que puedo recibir una copia de este formulario después de firmarlo.

CONSERVE UNA COPIA DE ESTE DOCUMENTO COMO CONSTANCIA