

Cómo completar el formulario de autorización

A veces, es útil que otra persona, como un familiar o un cuidador, tenga acceso a su información médica. Este formulario permite autorizar la divulgación de su información médica a esa persona, pero **debe estar completo para ser válido**.



AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN DEL PLAN MÉDICO

Por la presente, autorizo a Scott and White Health Plan, que opera como Baylor Scott & White Health Plan, y a sus subsidiarias Scott & White Care Plans, que opera como Baylor Scott & White Care Plan y Baylor Scott & White Insurance Company, (denominadas colectivamente BSWHP), a analizar y divulgar mi información médica personal, según corresponda, por escrito, en persona y/o por teléfono, con las siguientes personas y para los siguientes fines:

Inicial, si corresponde: ☐ Alcohol/drogas ☐ Genética ☐ VIH/SIDA ☐ Salud mental

Marque todas las opciones que correspondan:

☐ Información general de beneficios	☐ Información de las reclamaciones	☐ Cambios demográficos	☐ Autorizaciones/referencias
☐ Facturación/prima	☐ Asistencia para citas	☐ Solicitud/elegibilidad	☐ Solicitudes de materiales
☐ Quejas/apelaciones	☐ Tarjetas de identificación	☐ Otro _____	

Entiendo que esta autorización es voluntaria y puedo negarme a firmarla. Asimismo, entiendo que mi atención médica y el pago de esta no se verán afectados si no firmo este formulario. Entiendo que, si el destinatario autorizado para recibir la información no es una entidad cubierta, por ejemplo, una compañía de seguros o un proveedor que no sea de atención médica, es posible que la información divulgada ya no esté protegida por las regulaciones de privacidad federales y estatales.

Asimismo, entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento mediante el envío de una declaración de revocación por escrito a Baylor Scott & White Health – Office of Corporate Compliance, Office of Corporate Compliance, 2401 S. 31st Street, MS-AR-300, Temple, Texas 76508. También comprendo que la revocación debe estar firmada y fechada con una fecha posterior a la fecha que figura en esta autorización. La revocación no afectará a ninguna autorización realizada antes de la recepción de la revocación por escrito.

Este documento caducará en el momento de la revocación, o en la fecha o evento especificado aquí _____.

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

La información se divulgará a:

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

Propósito del uso y/o divulgación: ☐ Atención continua ☐ Legal ☐ Seguro ☐ Uso personal ☐ Otro _____

Formato de copia del registro: ☐ Papel ☐ CD ☐ _____ **Entrega de copias de registro:** ☐ Recogida ☐ Correo postal ☐ Fax al consultorio de atención médica

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

Firma del miembro/representante legal (no se acepta firma electrónica)	Fecha
Nombre en letra de imprenta del miembro/representante legal	Relación con el miembro
Autoridad del representante para actuar en nombre del miembro (adjunte la documentación de respaldo)	

Envíe el formulario completado por correo o fax.

Correo postal: Attn: Customer Advocacy
1206 W. Campus Drive, Temple, TX 76502
Fax: 254.298.3663
BSWH-49262 (09/26)

Teléfono: 844.633.5325; TY: 711

Seleccione el tipo de información que desea divulgar.

Incluya aquí su información personal.

Proporcione la información de la persona que recibirá su información médica.

Si el miembro firma el formulario, en “Relación con el miembro” debe indicar “Uno mismo” o “Miembro”. Si un representante autorizado firma en nombre del miembro, en “Relación con el miembro” se debe especificar dicha relación (poder notarial [POA], tutor legal, etc.).

GM_26ReleaseFormTips-SP

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN DEL PLAN MÉDICO

Por la presente, autorizo a Scott and White Health Plan, que opera como Baylor Scott & White Health Plan, y a sus subsidiarias Scott & White Care Plans, que opera como Baylor Scott & White Care Plan y Baylor Scott & White Insurance Company, (denominadas colectivamente BSWHP), a analizar y divulgar mi información médica personal, según corresponda, por escrito, en persona y/o por teléfono, con las siguientes personas y para los siguientes fines:

Inicial, si corresponde: _____ Alcohol/drogas _____ Genética _____ VIH/SIDA _____ Salud mental

Marque todas las opciones que correspondan:

☐ Información general de beneficios	☐ Información de las reclamaciones	☐ Cambios demográficos	☐ Autorizaciones/referencias
☐ Facturación/prima	☐ Asistencia para citas	☐ Solicitud/elegibilidad	☐ Solicitudes de materiales
☐ Quejas/apelaciones	☐ Tarjetas de identificación	☐ Otro _____	

Entiendo que esta autorización es voluntaria y puedo negarme a firmarla. Asimismo, entiendo que mi atención médica y el pago de esta no se verán afectados si no firmo este formulario. Entiendo que, si el destinatario autorizado para recibir la información no es una entidad cubierta, por ejemplo, una compañía de seguros o un proveedor que no sea de atención médica, es posible que la información divulgada ya no esté protegida por las regulaciones de privacidad federales y estatales.

Asimismo, entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento mediante el envío de una declaración de revocación por escrito a Baylor Scott & White Health – Office of Corporate Compliance, Office of Corporate Compliance, 2401 S. 31st Street, MS-AR-300, Temple, Texas 76508. También comprendo que la revocación debe estar firmada y fechada con una fecha posterior a la fecha que figura en esta autorización. La revocación no afectará a ninguna autorización realizada antes de la recepción de la revocación por escrito.

Este documento caducará en el momento de la revocación, o en la fecha o evento especificado aquí _____.

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

La información se divulgará a:

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

Propósito del uso y/o divulgación: ☐ Atención continua ☐ Legal ☐ Seguro ☐ Uso personal ☐ Otro _____

Formato de copia del registro: ☐ Papel ☐ CD ☐ _____ Entrega de copias de registro: ☐ Recogida ☐ Correo postal ☐ Fax al consultorio de atención médica

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

Firma del miembro/representante legal (no se acepta firma electrónica)	Fecha
Nombre en letra de imprenta del miembro/representante legal	Relación con el miembro
Autoridad del representante para actuar en nombre del miembro (adjunte la documentación de respaldo)	

Envíe el formulario completado por correo o fax.

Correo postal: Attn: Customer Advocacy
1206 W. Campus Drive, Temple, TX 76502
Fax: 254.298.3663

Teléfono: 844.633.5325; TTY: 711