



Consentimiento para la revelación de información confidencial

Por la presente, autorizo a CHRISTUS Health Plan y a cualquiera de sus matrices, filiales u otras entidades afiliadas, así como a sus respectivos agentes y subcontratistas, a divulgar información confidencial sobre el miembro/asegurado que se indica a continuación.

ENTIENDO QUE ESTA AUTORIZACIÓN ES VOLUNTARIA y que la información que se va a revelar puede estar protegida por la ley.

Nombre completo del miembro (en letra de molde) Número de identificación del miembro Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)

Dirección Ciudad/Estado/Código postal Número de teléfono diurno

Marque una o más casillas para seleccionar la información personal de salud que se va a divulgar.

- Toda la información de salud protegida que CHRISTUS Health Plan y sus filiales mantienen, incluida la información de diagnóstico y tratamiento, información sobre enfermedades crónicas, condiciones de salud conductual, incluido el uso de alcohol o sustancias, enfermedades transmisibles, incluido el HIV/AIDS o información sobre marcadores genéticos. Los programas de salud, información del plan y recursos para cuidadores también podrían divulgarse.
- Información de salud protegida sobre el tratamiento para la siguiente condición o lesión, u otra información (incluya fechas): _____

Autorizo a la persona u organización identificada abajo para que reciba la información confidencial seleccionada perteneciente al miembro/asegurado nombrado arriba.

Individuo u organización autorizados a recibir información confidencial

Dirección

Ciudad/Estado/Código Postal

Código de área y número de teléfono diurno

La información que se revelará a este individuo u organización incluye información de solicitud o inscripción, información de elegibilidad, registros de reclamos, estado de los reclamos y registros de la administración de pacientes.

IMPORTANTE: Su firma abajo significa que comprende y acepta lo siguiente:

- Usted comprende que su elegibilidad para los beneficios y el pago por los servicios cubiertos por CHRISTUS Health Plan según su plan no se verá afectada si no firma este formulario. (Sin embargo, su solicitud de que se revele la información descrita arriba a un tercero no se aceptará sin su firma).
- Usted comprende que puede recibir una copia de este formulario si lo solicita por escrito a la dirección listada al final de esta página.
- Usted comprende que esta autorización vencerá un año después de la fecha en que firme esta autorización. Usted también comprende que, al firmar este formulario, puede revocar la autorización en cualquier momento informándolo por escrito a CHRISTUS Health Plan, pero si lo hace, eso no tendrá ningún efecto sobre las acciones que CHRISTUS Health Plan haya tomado antes de que recibamos el aviso.
- Usted acepta eximir a CHRISTUS Health Plan y a sus filiales de cualquier reclamación o responsabilidad, incluyendo, pero sin limitarse a, cualquier reclamación presentada en virtud de una ley de confidencialidad o privacidad, en relación con la divulgación, a su solicitud, de la información y los registros descritos anteriormente.
- Entiende que la persona u organización listada en este formulario vuelva a revelar su información personal de salud y que es posible que ya no esté protegida por la ley.

Firma del miembro o representante legal

Fecha

Nombre en letra de molde del representante legal del miembro (si corresponde)

Relación con el miembro/asegurado

Si el representante legal del miembro/asegurado solicita esta autorización, debe adjuntar una copia del poder notarial o cualquier otro documento relevante que lo designe como representante.

Envíe su autorización completada y firmada a:

CHRISTUS Health Plan
ATTN: Care Management
5101 N. O'Connor Blvd
Irving, TX 75039