

# Autorización para utilizar y divulgar información médica



**LEA CON ATENCIÓN LAS INSTRUCCIONES Y COMPLETE EL SIGUIENTE FORMULARIO. NO SE ACEPTARÁN FORMULARIOS INCOMPLETOS.**

## 1 INFORMACIÓN DE LOS AFILIADOS:

Nombre del afiliado (*en letra de imprenta*): \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento del afiliado: \_\_\_\_\_ Número de identificación del afiliado: \_\_\_\_\_

## 2 AUTORIZO A ARIZONA COMPLETE HEALTH A UTILIZAR MI INFORMACIÓN MÉDICA PARA EL FIN IDENTIFICADO O PARA COMPARTIRLA CON LA PERSONA O EL GRUPO DESIGNADO MÁS ADELANTE. EL OBJETIVO DE LA AUTORIZACIÓN ES (*marque una de las siguientes opciones*):

- permitir que *Arizona Complete Health* me ayude con mis beneficios y servicios, **O**
- permitir que *Arizona Complete Health* utilice o comparta mi información médica para \_\_\_\_\_

## 3 PERSONA O GRUPO QUE RECIBIRÁ LA INFORMACIÓN (*puede añadir más personas o grupos en la página siguiente*):

Nombre (persona o grupo): \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: Teléfono: ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

## 4 AUTORIZO A ARIZONA COMPLETE HEALTH A UTILIZAR O COMPARTIR LA SIGUIENTE INFORMACIÓN MÉDICA (*NOTA: Seleccione la primera declaración para divulgar TODA la información médica o la siguiente declaración para divulgar solamente PARTE de la información médica. NO pueden seleccionarse ambas*).

- Toda mi información médica, INCLUIDA:**  
información, servicios o resultados de pruebas genéticas; datos y registros de VIH/SIDA; datos y registros de salud mental (excepto las notas del psicoterapeuta); datos y registros de medicamentos recetados o de otro tipo; y datos y registros de sustancias y alcohol (especifique la información que pueda revelarse sobre cualquier trastorno por consumo de sustancias);

**O**

- Toda mi información médica, EXCEPTO** (*marque solamente las casillas que correspondan*):
  - Información, servicios o pruebas genéticas
  - Datos y registros de VIH/SIDA
  - Datos y registros de sustancias y alcohol
  - Datos y registros de salud mental (excepto las notas del psicoterapeuta)
  - Datos y registros de medicamentos recetados o de otro tipo
  - Otros: \_\_\_\_\_

## 5 ESTA AUTORIZACIÓN TERMINA EN ESTA FECHA/EVENTO: \_\_\_\_\_ *Fecha de finalización de esta autorización, a menos que se cancele. Si este campo está en blanco, la autorización expirará un año después de la fecha de la firma.*

## 6 FIRMA DEL AFILIADO O DEL REPRESENTANTE LEGAL: \_\_\_\_\_

FECHA: \_\_\_\_\_

**SI ES EL REPRESENTANTE LEGAL, indicar el parentesco con el afiliado:** \_\_\_\_\_  
*Si usted es el representante legal o personal del afiliado, debe enviarnos copias de los formularios pertinentes, como el poder notarial médico o la orden de tutela.*

ENVÍE EL FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN COMPLETADO Y TODA DOCUMENTACIÓN DE RESPALDO  
A *Arizona Complete Health*, a la atención de: **COMPLIANCE DEPARTMENT**  
1850 W. Rio Salado Parkway, Suite 211, Tempe, AZ 85281

**PERSONAS O GRUPOS ADICIONALES QUE RECIBIRÁN LA INFORMACIÓN:**

NOTA: Si está aceptando la divulgación de cualquier registro de trastorno por consumo de sustancias a un receptor que no sea una tercera parte pagadora ni un proveedor médico, centro o programa de atención médica donde usted reciba servicios de un proveedor de tratamiento, como un intercambio de seguros de salud o una institución de investigación (en adelante, "entidad receptora"), entonces debe especificar el nombre de la persona o entidad con la que recibe servicios de un proveedor de tratamiento en esa entidad receptora, o bien simplemente indique que sus registros de trastorno por consumo de sustancias pueden ser divulgados a sus proveedores de tratamiento actuales y futuros en esa entidad receptora.

Nombre (persona o entidad): \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código \_\_\_\_\_ Teléfono ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Nombre (persona o entidad): \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código \_\_\_\_\_ Teléfono ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Nombre (persona o entidad): \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código \_\_\_\_\_ Teléfono ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Nombre (persona o entidad): \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código \_\_\_\_\_ Teléfono ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Nombre (persona o entidad): \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código \_\_\_\_\_ Teléfono ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Nombre (persona o entidad): \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código \_\_\_\_\_ Teléfono ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

---

Nombre (persona o entidad): \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código \_\_\_\_\_ Teléfono ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Nombre (persona o entidad): \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código \_\_\_\_\_ Teléfono ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

