



Complete todo el formulario y envíelo a:

Florida Blue
Access Authorization Unit
P.O. Box 45296
Jacksonville, FL 32232

AUTORIZACIÓN PARA UTILIZAR Y OBTENER ACCESO A LA "INFORMACIÓN PROTEGIDA SOBRE LA SALUD" (PROTECTED HEALTH INFORMATION)

OBJETIVO

Soy el asegurado nombrado en la Sección 1. Esta autorización fue solicitada por mí para permitir que Blue Cross and Blue Shield of Florida, Inc. y Health Options (juntas, "Florida Blue") responda a las preguntas de servicio al cliente relacionadas con mi Información Protegida sobre la Salud, incluyendo información sobre salud, dental y productos de cuidados a largo plazo.

SECCIÓN I

(Proporcione la siguiente información relacionada con la persona cuya Información Protegida sobre la Salud se va a revelar).

Nombre del Asegurado: _____

Número de Contrato o Póliza: _____

Número de Grupo: _____ Fecha de Nacimiento: _____

SECCIÓN II

Yo autorizo a Florida Blue a compartir la siguiente Información Protegida sobre la Salud ya sea oralmente y/o por escrito:

- Información personal (p. ej., nombre, dirección, edad, género):
- Información de cobertura de cuidados de salud (por ejemplo, información general y específica de los beneficios del plan);
- Información sobre las reclamaciones pasadas, presentes y futuras (excepto por cualquier periodo de tiempo en el cual estuviera vigente una dirección para Comunicaciones Confidenciales¹); e
- Información de Coordinación de Beneficios.

SECCIÓN III

(Identifique a la(s) persona(s) a la(s) que se le(s) revelará la Información Protegida sobre la Salud del asegurado y su relación (por ejemplo, agente de ventas, representante de beneficios de salud del empleador, pariente, miembro de la familia, amigo, etc.)

Se le puede proporcionar mi información a la(s) persona(s) mencionadas a continuación.

Use Letra de Imprenta (Molde):

Nombre: _____ Relación con el Asegurado: _____
 Nombre: _____ Relación con el Asegurado: _____
 Nombre: _____ Relación con el Asegurado: _____

Y0011_30871S 0213R2 C: 02/2013

Este documento es una traducción de su original escrito en inglés. Los términos en inglés prevalecerán en caso de alguna disputa con respecto al significado de este documento o sus términos.

SECCIÓN IV

Por ley, esta autorización debe indicar que las personas ajenas a Florida Blue que reciban la Información Protegida sobre la Salud del asegurado podrían no estar obligadas a obedecer las leyes federales de privacidad de la información sobre la salud, por lo tanto esas personas podrían revelar posteriormente la Información Protegida sobre la Salud del asegurado.

Entiendo que si he identificado que se le puede proporcionar mi Información Protegida sobre la Salud a algún representante de ventas o a un representante de beneficios de salud del empleador en la Sección III, Florida Blue no será responsable en cuanto a la divulgación de Información Protegida sobre la Salud por parte de esas personas designadas.

Esta autorización es voluntaria y no es una condición para afiliarse a un plan de salud, para ser elegible para recibir beneficios o para el pago de reclamaciones.

SECCIÓN V

Esta autorización expirará en:

_____/_____/_____
Mes Día Año

O en:

_____ Fecha en que termina la cobertura de salud de Florida Blue del asegurado

Se recomienda que le añada una fecha de expiración a esta autorización si ha designado a un agente de ventas o a un empleador como representante autorizado, o si ha designado a alguna otra persona para que le ayude con una tarea específica a corto plazo.

SECCIÓN VI

Copia de la Autorización

Conserve una copia firmada de su autorización. Una fotocopia es tan válida como el documento original.

SECCIÓN VII

Derecho a Cancelar la Autorización

Entiendo que puedo cancelar esta autorización en cualquier momento enviando un aviso escrito a la dirección que se encuentra en la página 1 de este formulario. También entiendo que si decido revocar mi autorización, esto no afectará ninguna medida que haya tomado Florida Blue relacionada con esta autorización antes de recibir mi notificación de revocación por escrito.

SECCIÓN VIII

Firma

Firma del Asegurado: _____ Fecha: _____

Si un representante legal firma este formulario de autorización a nombre del asegurado, complete la siguiente información:

Nombre del Representante Legal*: _____

Fecha de la firma: _____

Y0011_30871S 0213R2 C: 02/2013

Este documento es una traducción de su original escrito en inglés. Los términos en inglés prevalecerán en caso de alguna disputa con respecto al significado de este documento o sus términos.

Relación con el asegurado: _____

* Presente documentación escrita que respalde su condición de apoderado u otro tipo de representante legal.

¹ Una dirección para Comunicaciones Confidenciales es una especificada por un adulto (18 años de edad o más) que sea diferente a la dirección en la cual el asegurado recibe su correspondencia.

Blue Cross and Blue Shield of Florida, Inc., cuyo nombre comercial es Florida Blue, ofrece el seguro de salud. Health Options, Inc., cuyo nombre comercial es Florida Blue HMO, una subsidiaria HMO de Florida Blue, ofrece cobertura HMO. Estas compañías son licenciatarias independientes de Blue Cross and Blue Shield Association.

Y0011_30871S 0213R2 C: 02/2013

Este documento es una traducción de su original escrito en inglés. Los términos en inglés prevalecerán en caso de alguna disputa con respecto al significado de este documento o sus términos.