



## AUTORIZACIÓN PARA DIVULGACIÓN DE REGISTROS PHI

Usted o su(s) representante(s) personal(es) pueden usar este formulario para autorizar a Florida Blue, incluidas sus subsidiarias, afiliadas, empleados, agentes y subcontratistas, a revelar su información de salud protegida en ciertos registros ("**Registros PHI**") que son mantenidos por o para Florida Blue, con las personas o compañías que se enumeran a continuación. Complete todas las secciones de este formulario y luego devuelva el formulario firmado a la dirección indicada arriba.

### 1. Información del miembro (persona cuyos registros PHI se divulgarán):

|                                |                           |               |
|--------------------------------|---------------------------|---------------|
| Número de contrato del miembro | Fecha de nacimiento       |               |
| Nombre del miembro             | Inicial de segundo nombre |               |
| Apellido del miembro           |                           |               |
| Dirección                      |                           |               |
| Ciudad                         | Estado                    | Código postal |
| No. de teléfono                |                           |               |

### 2. Autorizo a Florida Blue a divulgar mis registros PHI a las siguientes personas o empresas:

|                                 |        |               |
|---------------------------------|--------|---------------|
| Nombre de la persona o compañía |        |               |
| Dirección                       |        |               |
| Ciudad                          | Estado | Código postal |
| No. de teléfono                 |        |               |

### 3. Autorizo a Florida Blue a divulgar mis registros PHI para el siguiente propósito:

|                                                                          |                                                      |
|--------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|
| Marque <b>SOLO UNA</b> casilla:                                          |                                                      |
| <input type="checkbox"/> A petición mía, sin propósito específico        | <input type="checkbox"/> Propósito específico: _____ |
| <i>Ejemplo: Ayúdenme a administrar mis beneficios de seguro de salud</i> |                                                      |

**4. Autorizo a Florida Blue a divulgar los siguientes registros PHI:**

Marque **SOLO UNA** casilla:

Un resumen de reclamos que enumera la provisión y el pago de mis beneficios o servicios de atención médica.

Información específica como se describe en la línea de abajo:

\_\_\_\_\_

*Ejemplo: El reclamo relacionado a mi servicio el (fecha).*

**5. Mi autorización para divulgar registros PHI expirará:**

Marque **SOLO UNA** casilla:

Cuando revoco esta autorización de acuerdo con las instrucciones que se enumeran a continuación  
O

En la siguiente fecha, evento o condición:

\_\_\_\_\_

**6. Al firmar abajo, entiendo y acepto:**

- Mis registros PHI pueden contener información creada por otras personas o entidades, incluyendo los proveedores de atención médica, y pueden incluir información de diagnóstico y tratamiento sensible que cubre enfermedades crónicas, condiciones de salud mental/del comportamiento, trastornos por uso de sustancias, VIH/SIDA y otras enfermedades infecciosas.
- Si comparto mis registros PHI con otras personas fuera de Florida Blue, éstos podrían no estar sujetos a las leyes de privacidad federales que restringen su uso o divulgación.
- Puedo obtener una copia de este formulario de autorización que he firmado al enviar una solicitud firmada a Florida Blue utilizando la dirección que se encuentra en la parte superior de este formulario.
- Puedo revocar esta autorización en cualquier momento al notificar por escrito a Florida Blue usando la dirección que se encuentra en la parte superior de este formulario, sin embargo, la revocación no tendrá ningún efecto sobre las acciones tomadas antes de la fecha en que se reciba y procese mi revocación.
- Esta autorización es voluntaria; mi inscripción o elegibilidad para beneficios con Florida Blue no cambiará si no firmo este formulario.

Firma

Fecha

Marque aquí y complete la sección de Información del Representante Personal a continuación si firma este formulario como representante personal del miembro de Florida Blue.

**Información del Representante Personal:** Si el miembro no puede firmar este formulario, un representante personal puede firmar, completar y devolver este formulario para el miembro. Un representante personal es alguien que tiene el derecho legal de firmar este formulario a nombre del miembro. **Adjunte pruebas de que usted es el representante personal del miembro (por ejemplo, Poder notarial). No podemos aceptar este formulario sin esta documentación.**

|                 |  |          |               |
|-----------------|--|----------|---------------|
| Nombre          |  | Apellido |               |
| Dirección       |  |          |               |
| Ciudad          |  | Estado   | Código postal |
| No. de teléfono |  |          |               |

Si tiene preguntas acerca de este formulario, llame al Departamento de atención al cliente al número de teléfono que se encuentra en la parte de atrás de su tarjeta de miembro.