

Clover Health

Autorización voluntaria para la divulgación de información de salud protegida

Voluntariamente autorizo a Clover Health y a los médicos/proveedores a cargo de mi tratamiento a divulgar mi información de salud protegida que se detalla a continuación a las personas u organizaciones que menciono en este formulario. Comprendo que las personas u organizaciones pueden, a su vez, divulgar mi información de salud protegida y esta ya no estará protegida por ley.

1. Información de contacto:	
Nombre:	
Fecha de nacimiento:	Número de teléfono:
N.º de ident. de miembro de Clover:	Correo electrónico:

2. Autorizo a las siguientes personas u organizaciones a proporcionar mi información de salud protegida a Clover Health, o a recibirla de Clover Health:
Médicos/Proveedores de tratamiento:
Organizaciones (si corresponde):

3. Autorizo que se proporcionen los siguientes tipos de información: La autorización para divulgar información sobre psicoterapia debe estar por separado y no se puede combinar con la divulgación de ninguna otra información. Adjunte páginas adicionales si es necesario.		
<input type="checkbox"/> Plan de beneficios o inscripción		
<input type="checkbox"/> Pagos (por ejemplo, facturas, reclamaciones)		
<input type="checkbox"/> Todos los registros de salud (o seleccione los servicios específicos a continuación):		
<input type="checkbox"/> Órdenes médicas	<input type="checkbox"/> Alergias	<input type="checkbox"/> Informes sobre operaciones
<input type="checkbox"/> Notas sobre progreso	<input type="checkbox"/> Resumen de alta	<input type="checkbox"/> Resultados de pruebas de diagnóstico
<input type="checkbox"/> Notas sobre patología	<input type="checkbox"/> Medicamentos actuales/anteriores	<input type="checkbox"/> Informes de radiología
<input type="checkbox"/> Exámenes físicos/Historial		
<input type="checkbox"/> Información confidencial (deberá colocar sus iniciales para divulgar la siguiente información):		
_____ Registros de salud mental (no incluye notas sobre psicoterapia) (iniciales)	_____ Información genética (incluye resultados de pruebas genéticas) (iniciales)	
_____ Registros farmacéuticos (iniciales)	_____ Resultado de la prueba/Tratamiento de VIH/SIDA, tuberculosis u otra enfermedad de transmisión sexual (sexually transmitted disease, STD) (iniciales)	
<input type="checkbox"/> Otro: _____		

Clover Health

Autorización voluntaria para la divulgación de información de salud protegida

4. El objetivo o motivo que justifica esta divulgación es el siguiente:

- | | | |
|---|--------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Uso personal | <input type="checkbox"/> Seguro | <input type="checkbox"/> Investigación |
| <input type="checkbox"/> Otra atención médica | <input type="checkbox"/> Incapacidad | <input type="checkbox"/> Coordinación de la atención |
| <input type="checkbox"/> Abogado | <input type="checkbox"/> Escuela | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |

5. Duración de la autorización:

Esta autorización estará vigente hasta que ya no sea miembro de Clover Health o hasta _____, (fecha o evento) en que expira esta autorización.

Usted tiene derecho a revocar su autorización por escrito en cualquier momento si envía una declaración firmada y fechada por escrito a Clover Health – P.O. Box 471, Jersey City, NJ 07303, indicando que usted (el miembro) revoca su autorización para divulgar registros de salud, excepto en los casos en que dicha acción ya se haya realizado sobre la base de su autorización. Si usted autorizó la divulgación de registros relacionados con abuso de sustancias o alcohol, puede revocar dicha autorización verbalmente. La revocación de cualquier otro registro de salud deberá realizarse por escrito.

Tuve la oportunidad de leer y considerar el contenido de esta autorización. Confirmando que el contenido se ajusta a mis instrucciones. Asimismo, entiendo que la elegibilidad para los beneficios de salud, la inscripción en un plan de salud y el tratamiento no se verán afectados por mi decisión de firmar esta autorización o no hacerlo.

- Marque esta casilla si firma en calidad de representante personal autorizado y proporcione sus datos a continuación. Anexe la documentación correspondiente (por ejemplo, poder, orden judicial).

Nombre en letra de imprenta: _____

Relación con el miembro: _____

Firma:

Fecha:

Envíe este formulario por correo postal a la siguiente dirección:

Clover Health
P.O. Box 471
Jersey City, NJ 07303

O envíe este formulario por fax al siguiente número:

ATTN: Enrollment Dept.
1-551-226-5351