



Autorización voluntaria para la divulgación de información de salud

Voluntariamente autorizo a Clover Health a divulgar mi información de salud protegida que se detalla a continuación a las personas que menciono en este formulario. Comprendo que las personas y/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: |
| Ident. de miembro de Clover: | Correo electrónico: |

| | |
|---|----------------------------------|
| 2. Autorizo a las siguientes personas y/u organizaciones a recibir mi información de salud protegida: | |
| Nombre(s): | Organizaciones (si corresponde): |
| Dirección: | |
| Número de teléfono: | Correo electrónico: |

| |
|---|
| 3. Autorizo a proporcionar el siguiente tipo 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"/> Resultados de pruebas de diagnóstico |
| <input type="checkbox"/> Notas sobre progreso | <input type="checkbox"/> Resumen de altas | <input type="checkbox"/> Informes radiológicos |
| <input type="checkbox"/> Notas sobre patologías | <input type="checkbox"/> Medicamentos actuales/pasados | <input type="checkbox"/> Informes sobre operaciones |
| <input type="checkbox"/> Exámenes físicos/Historial | <input type="checkbox"/> Informes sobre operaciones | |
| <input type="checkbox"/> Información confidencial (deberá colocar sus iniciales para divulgar la siguiente información): | | |
| _____ (inicial) Registros de salud mental (no incluye información sobre psicoterapia) | _____ (inicial) Información genética (incluye resultados de pruebas genéticas) | |
| _____ (inicial) Registros sobre abuso de sustancias, alcohol o drogas | _____ (inicial) Resultados de la prueba/Tratamiento de VIH/SIDA u otras ETS o tuberculosis | |
| <input type="checkbox"/> Otra: _____ | | |



Autorización voluntaria para la divulgación de información de salud

4. El propósito o la necesidad de esta divulgación es el siguiente:

| | | |
|--|---------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Uso personal | <input type="checkbox"/> Seguro | <input type="checkbox"/> Investigación |
| <input type="checkbox"/> Atención médica adicional | <input type="checkbox"/> Discapacidad | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |
| <input type="checkbox"/> Abogado | <input type="checkbox"/> Escuela | |

5. Duración de la autorización:

Esta autorización estará vigente hasta que ya no sea miembro de Clover Health o _____, (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 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 que dicha acción ya se haya realizado sobre la base de su autorización. Si usted autorizó la divulgación de información relacionada 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 es consistente con mis instrucciones. Asimismo, entiendo que mi elegibilidad para los beneficios de salud, mi inscripción en un plan de salud y mi tratamiento no se verán afectados por mi decisión de firmar esta autorización o no hacerlo.

Marque esta casilla si está firmando como representante personal autorizado y proporcione su datos a continuación. Adjunte la documentación apropiada (por ejemplo, poder legal, mandato judicial).

Nombre en letra de imprenta: _____

Relación con el miembro: _____

| | |
|---------------|---------------|
| Firma: | Fecha: |
|---------------|---------------|

Envíe este formulario a la siguiente dirección:
Clover Health
P.O. Box 471
Jersey City, NJ 07303

Envíe este formulario por fax al siguiente número:
ATTN: Enrollment Dept.
1-551-226-5351