AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN PROTEGIDA DE SALUD

Nombre completo_____

N.º de identificación de Regence_____ Fecha de nacimiento_____

Autorizo a Regence BlueCross BlueShield of Oregon y Regence Life and Health Insurance Company a divulgar la siguiente información:

- ☐ Información sobre inscripción y elegibilidad
- ☐ Reclamaciones, estado de reclamaciones e historial de reclamaciones*
- ☐ Registros médicos y diagnóstico*
- ☐ Información sobre primas y facturación
- ☐ Notas de psicoterapia*
- ☐ Otros_____

Regence BlueCross BlueShield of Oregon y Regence Life and Health Insurance Company tienen autorización para divulgar la información identificada con anterioridad a la(s) siguiente(s) persona(s) o entidad(es):

Nombre_____ Nombre_____

Dirección_____ Dirección_____

Teléfono_____ Teléfono_____

La finalidad de esta divulgación es: ☐ ayudarme con mi plan de salud

☐ otra_____

La presente autorización tendrá validez durante dos años a partir de la fecha de mi firma o hasta_____

_____(no puede superar los dos años a partir de la fecha de firma).

Puedo cancelar esta autorización en cualquier momento enviando un aviso por escrito a The Regence Group, P.O. Box 1271, MS-C7A, Portland, OR 97207-1271. La cancelación de la presente autorización no afectará ninguna medida que las entidades autorizadas con anterioridad hayan tomado antes de recibir mi aviso de cancelación.

Comprendo que completar esta autorización no es una condición para recibir tratamiento, pago o para considerarme elegible. Las entidades que divulgan información de conformidad con esta autorización no asumen responsabilidad alguna por las acciones de los destinatarios autorizados de mi información protegida de salud. Estoy consciente de que es posible que un destinatario autorizado divulgue mi información y se pierdan las protecciones de privacidad dispuestas por ley.

►_____ _____

Firmado Fechado

Si esta autorización es firmada por una persona que actúa en nombre de otra persona, complete la siguiente sección y adjunte la documentación que demuestre su autorización para actuar en nombre de otra persona.

_____ _____ _____

Nombre del representante personal (en letra de imprenta) Teléfono Parentesco

►_____

Firma del representante personal

*Nota: la información referida a reclamaciones, historia clínica, diagnóstico y notas de psicoterapia puede incluir datos confidenciales, inclusive los datos que se relacionan con el tratamiento de la dependencia de sustancias químicas, enfermedades de transmisión sexual, VIH/SIDA, salud mental, y reproducción o anticoncepción. **NO** marque las casillas que autorizan la divulgación de reclamaciones, historia clínica, diagnóstico, o notas de psicoterapia si no desea divulgar información acerca de estas condiciones confidenciales.

Regence

Regence BlueCross BlueShield of Oregon and Regence Life and Health Insurance Company are Independent Licensees of the Blue Cross and Blue Shield Association

Envíe el formulario completo a: P.O. Box 1271 MS-C7A, Portland, OR 97207-1271.