



## AUTORIZACIÓN PARA LA REVELACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA

Por este medio, autorizo a Memorial Hermann Health Solutions, Inc., Memorial Hermann Health Insurance Company, Memorial Hermann Health Plan, Inc. o Memorial Hermann Commercial Health Plan, Inc. (colectivamente "MHHSI") a discutir y revelar mi información médica protegida (PHI), según corresponda, por escrito, en persona o por teléfono, con los siguientes individuos y para los siguientes propósitos:

Iniciales si aplica: \_\_\_\_\_ Alcohol/Drogas \_\_\_\_\_ Genética \_\_\_\_\_ VIH/SIDA \_\_\_\_\_ Salud mental

Marque **todo** lo que se aplique:

<input type="checkbox"/> Información general de beneficios	<input type="checkbox"/> Información sobre reclamos	<input type="checkbox"/> Cambios demográficos	<input type="checkbox"/> Autorización/remisiones
<input type="checkbox"/> Facturación/prima	<input type="checkbox"/> Asistencia para citas	<input type="checkbox"/> Solicitud/elegibilidad	<input type="checkbox"/> Solicitudes de material
<input type="checkbox"/> Queja/apelaciones	<input type="checkbox"/> Tarjetas de identificación(ID)	<input type="checkbox"/> Otro _____	

Entiendo que esta autorización es voluntaria y que puedo negarme a firmarla. Además, entiendo que mi atención médica y el pago de esta no se verán afectados si no firmo este formulario. Entiendo que, si el destinatario autorizado para recibir la información no es una entidad cubierta, como una compañía de seguros o un proveedor de servicios no relacionado con la atención médica, es posible que la información revelada ya no esté protegida por las normativas federales y estatales de privacidad.

Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento mediante un aviso por escrito a la dirección que aparece al final de este formulario. También comprendo que la revocación de esta autorización no afectará ninguna acción que la entidad mencionada haya tomado en cumplimiento de esta autorización antes de recibir mi aviso de revocación por escrito.

Este documento vencerá en el momento de su revocación o en la fecha o evento que aquí se especifique \_\_\_\_\_.

Número de grupo	ID del miembro/subscriptor	Número de Seguro Social
Nombre del miembro		Fecha de nacimiento MM/DD/AAAA
Dirección	Ciudad, estado, código postal	Teléfono

### La información será revelada a:

Nombre del individuo/organización		Teléfono
Dirección	Ciudad, estado, código postal	Número de fax
Nombre del individuo/organización		Teléfono
Dirección	Ciudad, estado, código postal	Número de fax

**Propósito del uso o revelación:**  Cuidado continuo  Legal  Seguro  Uso personal  Otro \_\_\_\_\_

**Formato de copia de registro:**  Papel  CD  \_\_\_\_\_ **Entrega de copia de registro:**  Recogida en persona  Correo  Fax a la oficina de atención médica

**Entiendo que este documento se aplica a todos los departamentos, proveedores de atención médica o empleados de MHHSI.**

\_\_\_\_\_  
Firma del socio/representante legal (no se acepta firma electrónica)

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre en letra molde del miembro/representante legal

\_\_\_\_\_  
Relación con el miembro

\_\_\_\_\_  
Autoridad del representante para actuar en nombre del miembro (adjuntar documentación de respaldo)

**Devuelva el formulario completado por correo o fax.**

**Correo:** Attn: Customer Service  
PO Box 19909, Houston, TX 77224

**Fax:** 832.786.4929

**Correo electrónico:** mhhp\_hipaa\_designee@apex4health.com

**Teléfono:** General: 855.645.8448; TTY: 711

## **INSTRUCCIONES PARA LA AUTORIZACIÓN DE REVELACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA**

Usted puede autorizar a Memorial Hermann Health Solutions, Inc., Memorial Hermann Health Insurance Company, Memorial Hermann Health Plan, Inc. o Memorial Hermann Commercial Health Plan, Inc. (colectivamente "MHHSI") a compartir su información médica protegida con una persona o una organización. Para hacerlo, debe completar y firmar el formulario de Autorización para la revelación de información médica protegida.

### **¿A quién puedo autorizar para que reciba mi información médica protegida?**

Ejemplos de personas/entidades que podrían recibir su información médica protegida:

- Un amigo cercano
- Un agente de seguros
- Un abogado
- Un miembro específico del personal de beneficios de su empleador
- Una organización

### **¿Cuánto dura mi autorización?**

Esta autorización es válida hasta que ocurra alguna de las siguientes situaciones:

- 1) El fallecimiento del individuo, o
- 2) Que el individuo alcance la mayoría de edad, o
- 3) Que deje de ser miembro de la MHHSI, o
- 4) Que se retire la autorización (**debe ser por escrito**), o
- 5) Según la fecha o evento especificado en el formulario

### **¿Qué puede hacer por mí la persona u organización autorizada? Ellos pueden:**

- Obtener información sobre el plan, como: información general sobre beneficios, información sobre reclamos, cambios demográficos, autorización/remisiones, facturación/prima, asistencia para citas, solicitud/elegibilidad, solicitudes de material, queja/apelaciones, tarjetas de identificación (ID)
- Cualquier otra información que explique en el formulario

### **¿Puedo cambiar de opinión y revocar esta autorización?**

Sí, puede solicitarnos que dejemos de compartir su información en cualquier momento enviando una declaración de revocación por escrito a: Memorial Hermann Health Solutions, Inc., Attn: Customer Service, PO Box 19909, Houston, Texas 77224. Sin embargo, no es posible revocar la información que MHHSI ya ha compartido.

### **¿A dónde envío mi formulario completado?**

Memorial Hermann Health Solutions, Inc. A la atención de: Servicio al Cliente  
PO Box 19909, Houston, TX 77224  
Fax: 832.786.4929  
Email: mhhp\_hipaa\_designee@apex4health.com

Recuerde sacar una fotocopia para sus registros.

### **¿A quién llamo si tengo preguntas?**

Servicio al Cliente: 855.645.8448  
TTY: 711