

# Autorización para usar y divulgar información de salud

## AVISO PARA EL AFILIADO

- Este aviso describe cómo se puede usar y divulgar su información médica y cómo puede tener acceso a esta información. Revíselo con atención.
- Completar este formulario le permitirá a Iowa Total Care:
  - (i) usar su información de salud para un propósito particular, y/o
  - (ii) compartir su información de salud con la persona o el grupo que usted identifique en este formulario.
- No tiene que firmar este formulario ni dar permiso para usar o compartir su información de salud. Sus servicios y beneficios con Iowa Total Care no cambiarán si no firma este formulario.
- Si desea cancelar este formulario de autorización, envíenos una solicitud por escrito para revocarlo. Envíela por correo a la dirección que figura en la parte inferior de la página 2. También se puede solicitar un formulario de revocación llamando a Servicios para afiliados: 1-833-404-1061 (TTY: 711). También está disponible en el sitio web de Iowa Total Care en Member Resources (Recursos para afiliados) > Member Handbook, Manuals & Forms (Manual del afiliado, otros manuales y formularios).
- Iowa Total Care no puede prometer que la persona o el grupo con quien nos permitió compartir su información de salud no la comparta con alguien más.
- Guarde una copia de todos los formularios completados que nos envíe. También podemos enviarle copias si las necesita.
- Envíe por correo su formulario completado a la dirección que figura en la parte inferior de la página 2.

## INFORMACIÓN DEL AFILIADO:

Nombre del afiliado (*en letra de imprenta*): \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento del afiliado: \_\_\_\_\_ Número de id. del afiliado: \_\_\_\_\_

**Doy permiso a Iowa Total Care para usar mi información de salud para el propósito identificado o para compartir mi información de salud con la persona o el grupo que se menciona a continuación. El propósito de la autorización es:**

- permitir que Iowa Total Care me ayude con mis beneficios y servicios, **O**
- permitir que Iowa Total Care use o comparta mi información de salud para \_\_\_\_\_

## PERSONA O GRUPO QUE RECIBIRÁ LA INFORMACIÓN (*añada Personas o Grupos adicionales en la página 2*)

Nombre (Persona o Grupo): \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_ Teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

## AUTORIZO A IOWA TOTAL CARE A USAR O COMPARTIR LA SIGUIENTE INFORMACIÓN DE SALUD:

- Toda mi información de salud, INCLUSO:** información genética, servicios o resultados de pruebas; datos y registros de VIH/SIDA; datos y registros de salud mental (pero no notas de psicoterapia); datos y registros de fármacos/medicamentos recetados; y datos y registros de drogas y alcohol.

(Especifique cualquier información sobre trastorno por consumo de sustancias que pueda divulgarse: \_\_\_\_\_); **O**

**Toda mi información de salud, EXCEPTO** (marque todas las casillas que correspondan):

- Información genética, servicios o pruebas
- Datos y registros de SIDA o VIH
- Datos y registros de drogas y alcohol
- Datos y registros de salud mental (pero no notas de psicoterapia)
- Datos y registros de fármacos/medicamentos recetados
- Otro: \_\_\_\_\_

**Fecha de finalización de la autorización:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ (fecha en que finaliza la autorización o cinco años, lo que ocurra primero, a menos que se cancele o revoque)

**Firma del afiliado:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
(Afiliado o representante legal, firme aquí)

**Relación con el afiliado:** \_\_\_\_\_

Si usted es el representante personal del afiliado, envíe por correo o fax copias de esos formularios (como poder notarial u orden de tutela) a:

Iowa Total Care Quality Improvement Department  
1080 Jordan Creek Parkway, Suite 100S  
West Des Moines, IA 50266  
Fax: 1-833-809-3868

**PERSONA(S) INDIVIDUAL(ES) O GRUPO(S) ADICIONAL(ES) QUE RECIBIRÁ(N) LA INFORMACIÓN**

*NOTA: Si da su consentimiento para divulgar cualquier registro de trastorno por consumo de sustancias a un destinatario que no es un tercero pagador ni un proveedor de atención médica, centro o programa donde recibe servicios de un proveedor tratante, como un intercambio de seguro médico o una institución de investigación (de aquí en adelante, "entidad receptora"), debe especificar el nombre de una persona o la entidad en la que recibe servicios de un proveedor tratante en esa entidad receptora, o simplemente indicar que sus registros de trastorno por consumo de sustancias pueden divulgarse a sus proveedores tratantes actuales y futuros en esa entidad receptora.*

Nombre (Persona o Grupo): \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_ Teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Nombre (Persona o Grupo): \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_ Teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Nombre (Persona o Grupo): \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_ Teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

**Devuelva el formulario completado por correo o fax:** Iowa Total Care Quality Improvement Department  
1080 Jordan Creek Parkway, Suite 100S  
West Des Moines, IA 50266  
Fax: 1-833-809-3868