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:
  - usar su información de salud para un propósito particular, y/o
  - obtener o 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.
- Si necesita ayuda, comuníquese con Servicios para afiliados llamando al número de teléfono que figura en el reverso de su tarjeta de identificación de afiliado.
- Complete toda la información en este formulario. Cuando haya terminado, envíe por correo el formulario y cualquier documentación de respaldo a:

Iowa Total Care Attn: ROI Processing Team
1080 Jordan Creek Parkway, Suite 100S
West Des Moines, IA 50266
Fax: 1-833-847-3026

LEA LAS INSTRUCCIONES CON ATENCIÓN Y COMPLETE EL FORMULARIO A CONTINUACIÓN.
NO SE ACEPTAN FORMULARIOS INCOMPLETOS.

1 **INFORMACIÓN DEL AFILIADO:**
Nombre del afiliado (en letra de imprenta): _____
Fecha de nacimiento del afiliado:_____Número de id. del afiliado: _____

2 **DOY PERMISO A IOWA TOTAL CARE PARA USAR MI INFORMACIÓN DE SALUD PARA EL PROPÓSITO IDENTIFICADO O PARA OBTENER O DIVULGAR 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 _____

3 **PERSONA O GRUPO QUE OBTENDRÁ O DIVULGARÁ LA INFORMACIÓN (*añada Personas o Grupos adicionales en la página 2*):**

Nombre (Persona o Grupo):_____
Dirección:_____
Ciudad:_____Estado:_____Código postal:_____Teléfono:(_____) _____

4 **AUTORIZO A IOWA TOTAL CARE A USAR O COMPARTIR LA SIGUIENTE INFORMACIÓN DE SALUD** (NOTA: Seleccione la primera declaración para divulgar TODA la información de salud o seleccione la siguiente declaración para divulgar únicamente CIERTA información de salud. **NO SE PUEDEN seleccionar ambas.**)

☐ **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:_____

5 **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)*

6 Firma del afiliado:_____Fecha:_____/_____/_____
(Afiliado o representante legal, firme aquí)

Relación con el afiliado: _____

(Explique qué relación tiene usted con el afiliado, es decir, tutor, padre, madre, cónyuge, etc.)

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 | Attn: ROI Processing Team |1080 Jordan Creek Parkway, Suite 100S | West Des Moines, IA 50266 | Fax: 1-833-847-3026

PERSONA(S) INDIVIDUAL(ES) O GRUPO(S) ADICIONAL(ES) QUE OBTENDRÁ(N) O DIVULGARÁ(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: ( ) _____

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: ( ) _____

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 Attn: ROI Processing Team
1080 Jordan Creek Parkway, Suite 100S West Des Moines, IA 50266
Fax: 1-833-847-3026

Iowa Total Care complies with applicable Federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex. | Iowa Total Care cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina en base a la raza, el color, el país de origen, la edad, la discapacidad o el sexo.

Language assistance services, auxiliary aids and services, larger font, oral translation, and other alternative formats are available to you at no cost. To obtain this, please call 1-833-404-1061 (TTY: 711). | Usted tiene a su disposición, sin costo alguno, servicios de asistencia lingüística, ayudas y servicios auxiliares, material en letra grande, traducción oral y otros formatos alternativos. Para obtener estos servicios, llame al 1-833-404-1061 (TTY: 711). |
我们免费为您提供语言协助服务、辅助设施和服务、更大字体、口头翻译和其他替代格式。如需获得此服务，请致电 1-833-404-1061 (TTY: 711) 。