



Autorización de uso y divulgación de la información médica

Aviso para el afiliado:

- Este aviso describe cómo se puede usar y divulgar su información médica y cómo usted puede obtener acceso a esta información. Revíselo detenidamente.
- El completar este formulario permitirá que Iowa Total Care (i) use su información médica para un fin concreto y/o (ii) comparta su información médica con el individuo o la entidad que usted identifique en este formulario.
- Usted no tiene que firmar este formulario o dar permiso para usar o compartir su información médica. Sus servicios y beneficios con Iowa Total Care no cambiarán si no firma este formulario.
- Si quiere cancelar este formulario de autorización, envíenos una solicitud por escrito para revocarla a la dirección que se indica en la parte inferior de esta página. Se le puede proporcionar un formulario de revocación si llama a servicios para los afiliados.
- Iowa Total Care no puede prometer que la persona o grupo con el que usted nos permite compartir su información médica no la compartirá con otros.
- Guarde una copia de todos los formularios completados que nos envíe. Le podemos enviar copias si las necesita.
- Complete toda la información en este formulario. Cuando termine, envíelo a la dirección que se indica en la parte inferior de la primera página.

INFORMACIÓN DEL AFILIADO:

Nombre del afiliado (en letra de imprenta): _____

Fecha de nacimiento del afiliado: _____ Número de identificación del afiliado: _____

Doy permiso a Iowa Total Care para que use mi información médica con el fin identificado o de compartir mi información médica con la persona o grupo que se nombra más abajo. El fin 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 médica para _____ .

PERSONA O GRUPO QUE VA A RECIBIR LA INFORMACIÓN (añadir personas o grupos adicionales en la página 2):

Nombre (persona o grupo): _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____ Teléfono: (____) _____ - _____

YO AUTORIZO A QUE IOWA TOTAL CARE USE O COMPARTA LA SIGUIENTE INFORMACIÓN MÉDICA:

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

(especifique toda la información sobre trastornos de uso de sustancias que se pueden divulgar: _____); **O**



Toda mi información médica EXCEPTO (marque todas las casillas que correspondan):

- Información genética, servicios o pruebas
- datos y archivos de SIDA o VIH
- datos y archivos de drogas y alcohol
- datos y archivos de salud mental (pero no las notas de las sesiones de psicoterapia); datos y archivos de fármacos/medicamentos recetados
- Otro: _____

Fecha de terminación de la autorización: ___/___/___/ (fecha en la que termina la autorización o diez años, la que ocurra antes, a no ser que se cancele o revoque)

Firma del afiliado: _____ **Fecha:** ___ / ___ / ___
(Afiliado o representante legal Firme aquí)

Relación con el afiliado: _____

Si usted es un representante personal del afiliado, envíenos copias de esos formularios (tales como poder notarial u orden de tutela).

Iowa Total Care ROI Processing Team: 1080 Jordan Creek Pkwy, Suite 100 S
West Des Moines, IA 50265 1-833-404-1061 TTY: 711

PERSONA(S) O ENTIDAD(ES) INDIVIDUALES ADICIONALES QUE PUEDEN RECIBIR INFORMACIÓN

NOTA: Si usted da el consentimiento para divulgar archivos sobre trastornos de uso de sustancias a un destinatario que no es ni un pagador de una tercera parte, ni un proveedor, centro o programa de atención de la salud donde recibe servicios de un proveedor de tratamiento, tal como un intercambio de seguro de salud o una institución de investigación (de aquí en adelante, "entidad destinataria"), debe especificar el nombre de un individuo con el cual, o la entidad en la que recibe servicios de un proveedor de tratamiento en la entidad destinataria, o simplemente declare que sus archivos sobre su trastorno de uso de sustancias se pueden divulgar a sus proveedores de tratamiento actuales y futuros en la entidad destinataria.

Nombre (individual o entidad): _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código _____ Teléfono: () - _____

Nombre (individual o entidad): _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código _____ Teléfono: () - _____

Nombre (individual o entidad): _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código _____ Teléfono: () - _____

Iowa Total Care ROI Processing Team: 1080 Jordan Creek Pkwy, Suite 100 S
West Des Moines, IA 50265 1-833-404-1061 TTY: 711



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

Medicaid Member Services: 1-833-404-1061 (TTY 711)

English: 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 the number above.

Español (Spanish): Servicios de asistencia de idiomas, ayudas y servicios auxiliares, traducción oral y escrita en letra más grande y otros formatos alternativos están disponibles para usted sin ningún costo. Para obtener esto, llame al número de arriba.

中文 (Chinese): 可以免费为您提供语言协助服务、辅助用具和服务、较大的字体、口译以及其他格式。如有需要请拨打上述电话号码。

Tiếng Việt (Vietnamese): Các dịch vụ trợ giúp về ngôn ngữ, các trợ cụ và dịch vụ phụ thuộc, phông chữ khổ lớn, thông dịch bằng lời nói, và các dạng thức thay thế khác hiện có cho quý vị miễn phí. Để có được những dịch vụ này, xin gọi số điện thoại nêu trên.



Srpsko-Hrvatski (Serbo-Croatian): Nna raspolaganju su vam besplatne jezičke podrške, dodatna pomoć i usluge, krupniji font, usmeni prevod kao i drugi alternativni formati. Da biste sve ovo dobili, molimo vas da nas nazovete na gornji broj.

Deutsch (German): Sprachunterstützung, Hilfen und Dienste für Hörbehinderte und Gehörlose, eine größere Schriftart, eine mündliche Übersetzung sowie weitere alternative Formate werden Ihnen kostenlos zur Verfügung gestellt. Um eines dieser Serviceangebote zu nutzen, wählen Sie die o. a. Rufnummer.

العربية (Arabic):

وشفهيًا كبيرة بأحرف الإضافية والمساعدات والاعانات اللغوية المساعدة خدمات لك تتوفر أعلاه بالرقم اتصل، الخدمات هذه على للحصول. مجاناً البديلة الأشكال من وغيرها.

ລາວ (Lao): ບໍລິການໃຫ້ຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາ, ບໍລິການ ແລະ ຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອຕ່າງໆ, ແລະ ຮູບແບບທາງເລືອກອື່ນໆ ມີໃຫ້ເຈົ້າ ພວີ. ຫາກຕ້ອງການຮັບຂໍ້ມູນ ກະລຸນາໂທໄປທີ່ໝາຍເລກຂ້າງເທິງ..

한국어 (Korean): 언어 지원 서비스, 보조 지원 및 서비스, 대형 활자본, 통역, 기타 대체 형식을 무료로 이용하실 수 있습니다. 이를 위해 위의 전화번호로 연락해 주십시오.

हिंदी (Hindi):

आप या जिसकी आप मदद कर रहे हैं उनके के बारे में कोई सवाल हों, तो आपको बिना किसी खर्च के अपनी भाषा में मदद और जानकारी प्राप्त करने का अधिकार है। किसी दुभाषिये से बात करने के लिए



Français (French) : Des services gratuits d'assistance linguistique, ainsi que des services d'assistance complémentaires, des polices de caractères plus grosses, de la traduction orale et d'autres formats sont à votre disposition. Pour y accéder, appelez le numéro ci-dessus.

Pennsylvanian Deitsh (Pennsylvanian Dutch): Du kansht hilf greeya mitt dee shprohch, adda annah hilf un services in diffahndi vayya un es kosht dich nix. Fa hilf greeya adda may ausfinna, kawli da phone number do ovvah droh.

ไทย (Thai): บริการความช่วยเหลือด้านภาษา อุปกรณ์และบริการเสริมแบบอักษรขนาดใหญ่ขึ้น การแปลด้วยปากเปล่า รวมทั้งรูปแบบทางเลือกอื่น ๆ มีให้คุณใช้ได้โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย หากต้องการใช้บริการนี้ กรุณาโทรศัพท์ติดต่อที่หมายเลขข้างต้น

Italiano (Italian): Sono disponibili servizi di assistenza linguistica, ausili e servizi accessori, testo in caratteri grandi, traduzione orale e altri formati alternativi. Per ottenerli, chiamare il numero di telefono riportato sopra.

Русский язык (Russian): Услуги по переводу, вспомогательные средства и услуги, материалы, напечатанные более крупным шрифтом, услуги устного перевода, а также материалы в других, альтернативных, форматах предоставляются Вам совершенно бесплатно. Чтобы получить их, позвоните по указанному выше номеру телефона.