

Autorización para usar y compartir información de salud

AVISO PARA EL AFILIADO

- Este aviso indica cómo se puede usar o compartir su información de salud y cómo usted puede obtener dicha información. Léalo atentamente.
- Llenar este formulario le permitirá a Iowa Total Care:
 - usar su información de salud para un propósito o un grupo determinados **y/o**
 - obtener información sobre su salud o compartirla con una determinada persona o grupo que usted indique en este formulario.
- No tiene que firmar este formulario no otorgarnos permiso para usar o compartir su información de salud. Sus servicios y beneficios con Iowa Total Care no cambiarán si no firma este formulario.
- Para cancelar este formulario de autorización, puede hacer lo siguiente:
 - Enviarnos una solicitud por escrito. Envíela por correo a la dirección que figura en la parte inferior de la página 2.
 - Llamar a Servicios para Miembros al 1-833-404-1061 (TTY: 711).
 - Visitar IowaTotalCare.com For Member (para miembros) > Member Handbook, Manuals & Forms (Guía, manual y formularios para miembros > Revocation of Authorization to Disclose Health Information (Revocación de la autorización para divulgar información de salud) (PDF).
- Si decide compartir su información médica con otra persona, Iowa Total Care no puede garantizar que esa persona no la comparta con otros.
- Guarde una copia de todos los formularios rellenos que nos envíe. También podemos enviarle copias si las necesita.
- Si necesita ayuda, llame a Servicios para afiliados al número de teléfono que figura en el reverso de su tarjeta de identificación de afiliado.
- Complete toda la información en este formulario. Envíe el formulario completado y los documentos de respaldo por correo o fax a:

Iowa Total Care
Attn: ROI Processing Team
1080 Jordan Creek Parkway, Suite 400S
West Des Moines, IA 50266
Fax: 1-833-847-3026

RELLENE EL SIGUIENTE FORMULARIO. ESCRIBA EN LETRA DE IMPRENTA.

1

INFORMACIÓN DEL AFILIADO:

Nombre del afiliado (*obligatorio*): _____

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 MOTIVO INDICADO O PARA OBTENER MI INFORMACIÓN DE SALUD DE LA PERSONA O EL GRUPO QUE SE MENCIONA A CONTINUACIÓN O PARA COMPARTIRLA CON ELLOS. (*Obligatorio*)

El propósito de esta autorización es (*marque todas las casillas que correspondan*):

☐ permitir que Iowa Total Care me ayude con mis beneficios y servicios.
Y/O

permitir que Iowa Total Care use o comparta mi información de salud para:

☐ coordinar el tratamiento/la atención

☐ inscripción/elegibilidad

☐ facturación/reclamos

☐ Otro: _____

☐ historias médicas/documentos

3

PERSONA O GRUPO DEL QUE SE PUEDE OBTENER MI INFORMACIÓN O CON EL QUE SE PUEDE COMPARTIR (*Añada personas o grupos adicionales en la página 2*):

Nombre de la persona o del grupo (*Obligatorio*): _____

Dirección: _____

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

4

LE PERMITO A IOWA TOTAL CARE USAR O COMPARTIR LA SIGUIENTE INFORMACIÓN DE SALUD (NOTA: Seleccione la primera opción para compartir TODA la información de salud o seleccione la segunda opción para compartir solo **cierta información de salud. **NO se pueden seleccionar ambas opciones.**) (*Obligatorio*)**

☐ Toda mi información de salud:
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

☐ Datos y registros de medicamentos

☐ Otro: _____

5

Fecha de finalización de la autorización (*Obligatorio*): ____/____/____

(*Fecha en la que finaliza la autorización o cinco años, lo que suceda primero, salvo que se cancele*)

6

Firma del afiliado (*obligatorio*): _____

(*Afiliado o representante legal, firme aquí*)

Fecha (*obligatorio*): ____/____/____

Relación con el afiliado: _____

(Firmantes, si no son el afiliado, indiquen su relación con el afiliado, es decir, tutor, padre, 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 400S | West Des Moines, IA 50266 | Fax: 1-833-847-3026

**PERSONA(S) INDIVIDUAL(ES) O GRUPO(S) ADICIONAL(ES) QUE RECIBIRÁ(N) O CON QUIENES SE
COMPARTIRÁ LA INFORMACIÓN**

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 400S

West Des Moines, IA 50266

Fax: 1-833-847-3026