

# 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](http://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**

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)。