

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN DEL PLAN DE SALUD

Por la presente autorizo a Scott and White Health Plan, que opera como Baylor Scott & White Health Plan, y a sus subsidiarias SHA, LLC, que opera como FirstCare Health Plans, Scott & White Care Plans, que opera como Baylor Scott & White Care Plan y Baylor Scott & White Insurance Company (denominados, en conjunto, BSWHP), a analizar y divulgar mi información médica personal, según corresponda, por escrito, en persona o por teléfono, con las siguientes personas y para los siguientes propósitos:

Coloque sus iniciales si corresponde: _____ Alcohol/Drogas _____ Genética _____ VIH/SIDA _____ Salud mental

Marque todas las opciones que correspondan:

<input type="checkbox"/> Información general de beneficios	<input type="checkbox"/> Información sobre reclamaciones	<input type="checkbox"/> Cambio demográfico	<input type="checkbox"/> Autorización/Remisiones
<input type="checkbox"/> Facturación/Primas	<input type="checkbox"/> Asistencia con las citas	<input type="checkbox"/> Solicitud/Elegibilidad	<input type="checkbox"/> Solicitudes de materiales
<input type="checkbox"/> Quejas/Apelaciones	<input type="checkbox"/> Tarjetas de identificación	<input type="checkbox"/> Otra _____	

Entiendo que esta autorización es voluntaria y puedo negarme a firmarla. Además, comprendo que mi atención médica y el pago de mi atención médica no se verán afectados si no firmo este formulario. Entiendo que si el destinatario autorizado para recibir la información no es una entidad cubierta, por ejemplo, una compañía de seguros o un proveedor que no es de atención médica, es posible que la información divulgada ya no esté protegida por las regulaciones de privacidad federales y estatales.

Además, comprendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento al enviar una declaración de revocación por escrito a Baylor Scott & White Health – Office of Corporate Compliance, Office of Corporate Compliance, 2401 S. 31st Street, MS-AR-300, Temple, Texas 76508. También entiendo que la revocación debe estar firmada e incluir una fecha posterior a la fecha de esta autorización. La revocación no afectará ninguna divulgación realizada antes de recibir la revocación por escrito.

Este documento caducará al momento de la revocación, o en la fecha o el evento especificados aquí _____.

Nombre del miembro		Fecha de nacimiento
Dirección	Ciudad, estado, código postal	Número de teléfono

La información se divulgará a:

Nombre de la persona/organización		Número de teléfono
Dirección	Ciudad, estado, código postal	Número de fax
Nombre de la persona/organización		Número de teléfono
Dirección	Ciudad, estado, código postal	Número de fax

Propósito del uso o la divulgación: Atención continua Legal Seguro Uso personal Otro _____

Formato de copia de registro: Papel CD _____

Entrega de copia de registro: Recogida Correo postal Fax al consultorio de atención médica

Entiendo que este documento se aplica a todos los departamentos, proveedores de atención médica o empleados de BSWHP.

Firma del miembro/representante legal (no se acepta firma electrónica) Fecha

Nombre en imprenta del miembro/representante legal Relación con el miembro

Autoridad del representante para actuar en nombre del miembro (adjuntar documentación de respaldo)

Envíe el formulario completo por correo postal o fax.

Correo postal: Attn: Customer Advocacy
1206 W. Campus Drive, Temple, TX 76502
Fax: 254.298.3663

Teléfono: General: 844.633.5325; TTY: 711
RightCare: 855.897.4448 (855.TX.RIGHT)
Mercado de Salud de FirstCare: 855.572.7238