

Autorización para el Uso y la Divulgación de Información Médica

AVISO PARA EL AFILIADO:

- Completar este formulario permitirá que Health Net of California, Inc. (i) use su información médica con un objetivo determinado o (ii) la comparta con la persona o entidad que usted mencione aquí.
- No es necesario que firme este *Formulario* o que dé autorización para usar o compartir su información médica. Los servicios y beneficios que Health Net brinda no cambiarán si no lo hace.
- Derecho a cancelar (revocar): Este *Formulario de Consentimiento/Autorización* puede revocarse en cualquier momento, a menos que Health Net o cualquier otra persona que tenga derecho a poseer y a compartir su información médica ya lo haya hecho. Si quiere anularlo, complete el *Formulario de Revocación* de la página 3 y envíelo a la dirección que aparece al final de la página.
- Health Net no puede garantizar que la persona o el grupo con quien usted nos permita compartir su información médica no la comparta con un tercero.
- Guarde una copia de todos los formularios completos que nos envía. Podemos enviarle copias, si las necesita.
- Complete todo el *Formulario*. Cuando termine, envíelo por correo a la dirección que aparece al final de la página 2.

Información del afiliado

Nombre del afiliado (en letra de imprenta):

Fecha de nacimiento del afiliado:

/ /

N.º de identificación del afiliado:

AUTORIZO A HEALTH NET PARA QUE USE MI INFORMACIÓN MÉDICA CON EL OBJETIVO ESTABLECIDO AQUÍ O PARA QUE LA COMPARTA CON LA PERSONA O EL GRUPO MENCIONADO A CONTINUACIÓN. EL OBJETIVO DE ESTA AUTORIZACIÓN ES:

Permitir que Health Net me ayude con los beneficios y servicios.

Autorizar a Health Net para que use o comparta mi información médica para _____.

Persona o grupo que recibirá la información (incluya personas o grupos adicionales en la página 2)

Nombre (de la persona o grupo):

Dirección:

Ciudad:

Estado:

Código postal:

Teléfono:

() -

Autorizo a Health Net para que use o comparta la siguiente información médica:

Toda mi información médica (INCLUIDOS resultados de pruebas, información y servicios genéticos, e información y registros sobre: VIH o sida, medicamentos que requieren receta médica, drogas, alcohol y salud mental (excepto las notas de psicoterapia). Especifique qué información sobre el trastorno por abuso de sustancias puede divulgarse:

_____); **O bien**

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

Resultados de pruebas, información y servicios genéticos.

Información y registros sobre el VIH o sida.

Información y registros sobre drogas o alcohol.

Información y registros sobre salud mental (excepto las notas de psicoterapia).

Información y registros sobre medicamentos que requieren receta médica.

Otro: _____

Vencimiento de la autorización

Esta autorización vence el / / (dd/mm/aa). Tiene validez durante un año como máximo. Si no proporciona una fecha, esta autorización vencerá en un año.

Firma del afiliado (el afiliado o el representante legal debe firmar aquí):

Fecha:

 / /

Si firma en nombre del afiliado, explique cuál es su relación a continuación. Si usted es el representante personal del afiliado, indíquelo a continuación y envíenos copias de los formularios que lo respalden, por ejemplo, un poder legal o una orden de tutela.

Personas o entidades adicionales que recibirán esta información

NOTA: Si usted brinda consentimiento para divulgar registros sobre el trastorno de abuso de sustancias a un destinatario que no es un tercero responsable de los pagos ni un proveedor, centro o programa de atención de salud a través de los cuales usted recibe servicios de un proveedor tratante, como un intercambio de seguro de salud o un centro de investigación (en adelante "entidad receptora"), debe especificar el nombre de la persona o entidad que le brinda los servicios del proveedor tratante en dicha entidad receptora. O bien, debe indicar que se pueden divulgar sus registros sobre el trastorno por abuso de sustancias a los proveedores tratantes actuales o futuros en dicha entidad.

Nombre (de la persona o entidad):

Dirección:

Ciudad:

Estado:

Código postal:

Teléfono:

() -

Nombre (de la persona o entidad):

Dirección:

Ciudad:

Estado:

Código postal:

Teléfono:

() -

Nombre (de la persona o entidad):

Dirección:

Ciudad:

Estado:

Código postal:

Teléfono:

() -

Envíe el formulario completo por correo a:

Health Net Privacy Office, PO Box 9103, Van Nuys, CA 91409

Teléfono: 1-800-522-0088, Fax: 818-676-8314

Revocación de la Autorización para Usar o Divulgar Información Médica

Quiero cancelar o revocar la autorización que le otorgué a Health Net para que use mi información médica con un objetivo determinado o la comparta con una persona o grupo.

Persona o grupo que recibió la información			
Nombre (de la persona o grupo):			
Dirección:			
Ciudad:	Estado:	Código postal:	Teléfono: () -
Fecha de firma de la autorización (si la conoce): / /			
Información del afiliado			
Nombre del afiliado (en letra de imprenta):			
Fecha de nacimiento del afiliado: / /	N.º de identificación del afiliado:		
Entiendo que es posible que mi información médica, incluidos, si corresponde, los registros sobre el trastorno por abuso de sustancias, ya se haya usado o compartido debido a la autorización que otorgué antes. También comprendo que esta cancelación solo se aplica a la autorización que di para usar mi información médica con un objetivo determinado o para compartirla con una persona o grupo. No se cancelarán otros formularios de autorización que ya haya firmado para que se use mi información médica con otro objetivo determinado o se comparta con otra persona o grupo.			
Firma del afiliado (el afiliado o el representante legal debe firmar aquí):		Fecha: / /	
Si firma en nombre del afiliado, explique cuál es su relación a continuación. Si usted es el representante personal del afiliado, indíquelo a continuación y envíenos copias de los formularios que lo respalden, por ejemplo, un poder legal o una orden de tutela.			

Health Net dejará de usar o compartir su información médica después de haber recibido y procesado este *Formulario*. Use la dirección postal que aparece a continuación. También puede llamar al número de teléfono que figura a continuación para pedir ayuda.

Health Net Privacy Office

PO Box 9103, Van Nuys, CA 91409

Teléfono: 1-800-522-0088, Fax: 818-676-8314

English

No Cost Language Services. You can get an interpreter. You can get documents read to you and some sent to you in your language. For help, call us at the number listed on your ID card or call 1-800-522-0088 (TTY: 711).

Arabic

خدمات اللغة مجانية. يمكنك الحصول على مترجم فوري. ويمكنك الحصول على وثائق مقروءة لك. للحصول على المساعدة، اتصل بنا على الرقم الموجود على بطاقة الهوية، أو اتصل على مركز الاتصال التجاري (TTY: 711) 1-800-522-0088

Armenian

Անվճար լեզվական ծառայություններ: Դուք կարող եք բանավոր թարգմանիչ ստանալ: Փաստաթղթերը կարող են կարդալ ձեզ համար: Օգնության համար զանգահարեք մեզ ձեր ID քարտի վրա նշված հեռախոսահամարով կամ զանգահարեք 1-800-522-0088 (TTY: 711).

Chinese

免費語言服務。您可使用口譯員。您可請人使用您的語言將文件內容唸給您聽，並請我們將有您語言版本的部分文件寄給您。如需協助，請致電您會員卡上所列的電話號碼與我們聯絡，或致電 1-800-522-0088 (TTY: 711)。

Hindi

बनाि लागत की भाषा सेवाएँ। आप एक दुभाषयिा प्राप्त कर सकते हैं। आपको दस्तावेज पढ़ कर सुनाए जा सकते हैं। मदद के लिए, आपके आईडी कार्ड पर दिए गए सूचीबद्ध नंबर पर हमें कॉल करें, या 1-800-522-0088 (TTY: 711)।

Hmong

Kev Pab Txhais Lus Dawb. Koj xav tau neeg txhais lus los tau. Koj xav tau neeg nyeem cov ntaub ntawv kom yog koj hom lus los tau. Xav tau kev pab, hu peb tau rau tus xov tooj ntawm koj daim npav los yog hu 1-800-522-0088 (TTY: 711).

Japanese

無料の言語サービス。通訳をご利用いただけます。文書をお読みします。援助が必要な場合は、IDカードに記載されている番号までお電話いただくか、1-800-522-0088 (TTY: 711)。

Khmer

សេវាកម្មដោយឥតគិតថ្លៃ។ អ្នកអាចទទួលបានអ្នកបកប្រែផ្ទាល់មាត់។ អ្នកអាចស្តាប់គេអានឯកសារឱ្យអ្នក។ សម្រាប់ជំនួយ សូមទាក់ទងយើងខ្ញុំតាមរយៈលេខទូរសព្ទដែលមាននៅលើកាតសម្គាល់ខ្លួនរបស់អ្នក ឬ ទាក់ទងទៅមជ្ឈមណ្ឌលទំនាក់ទំនងពាណិជ្ជកម្មនៃក្រុមហ៊ុន 1-800-522-0088 (TTY: 711)។

Korean

무료 언어 서비스. 통역 서비스를 받을 수 있습니다. 귀하가 구사하는 언어로 문서의 낭독 서비스를 받으실 수 있습니다. 도움이 필요하시면 보험 ID 카드에 수록된 번호 또는 다음 번호로 전화하십시오 1-800-522-0088 (TTY: 711).

Navajo

Saad Bee Áká E'eyeed T'áá Jíík'e. Ata' halne'ígíí hóló. T'áá hó hazaad k'éhjí naaltsos hach'í' wóltah. Shíká a'doowol nínízingo naaltsos bee néího'dólzínígíí bikáa'gi béesh bee hane'í bikáa' áajj' hodílnih éí doodaii' 1-800-522-0088 (TTY: 711).

Persian (Farsi)

خدمات زبان به طور رایگان. می توانید یک مترجم شفاهی بگیرید. می توانید درخواست کنید که اسناد برای شما قرائت شوند. برای دریافت راهنمایی، با ما به شماره ای که روی کارت شناسایی شما درج شده تماس بگیرید یا با مرکز تماس بازرگانی 1-800-522-0088 (TTY: 711).

Panjabi (Punjabi)

ਬਨਿੰ ਕਸਿ ਲਾਗਤ ਤੇ ਭਾਸ਼ਾ ਸੇਵਾਵਾਂ। ਤੁਸੀਂ ਇੱਕ ਦੁਭਾਸ਼ੀ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ। ਤੁਹਾਨੂੰ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਤੁਹਾਡੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਪੜ੍ਹ ਕੇ ਸੁਣਾਏ ਜਾ ਸਕਦੇ ਹਨ। ਮਦਦ ਲਈ, ਆਪਣੇ ਆਈਡੀ ਕਾਰਡ ਤੇ ਦਿੱਤੇ ਨੰਬਰ ਤੇ ਸਾਨੂੰ ਕਾਲ ਕਰੋ ਜਾਂ ਕਰਿਪਾ ਕਰਕੇ 1-800-522-0088 (TTY: 711).

Russian

Бесплатная помощь переводчиков. Вы можете получить помощь устного переводчика. Вам могут прочитать документы. За помощью обращайтесь к нам по телефону, приведенному на вашей идентификационной карточке участника плана. Кроме того, вы можете позвонить в 1-800-522-0088 (TTY: 711).

Spanish

Servicios de idiomas sin costo. Puede solicitar un intérprete. Puede obtener el servicio de lectura de documentos y recibir algunos en su idioma. Para obtener ayuda, llámenos al número que figura en su tarjeta de identificación o comuníquese con el 1-800-522-0088 (TTY: 711).

Tagalog

Walang Bayad na Mga Serbisyo sa Wika. Makakakuha kayo ng isang interpreter. Makakakuha kayo ng mga dokumento na babasahin sa inyo. Para sa tulong, tawagan kami sa nakalistang numero sa inyong ID card o tawagan ang 1-800-522-0088 (TTY: 711).

Thai

ไม่มีค่าบริการด้านภาษา คุณสามารถใช้ล่ามได้ คุณสามารถให้อ่านเอกสารให้ฟังได้ สำหรับความช่วยเหลือ โทรหาเราตาม หมายเลขที่ให้ไว้บนบัตรประจำตัวของคุณ หรือ โทรหาศูนย์ติดต่อเชิงพาณิชย์ของ 1-800-522-0088 (TTY: 711)

Vietnamese

Các Dịch Vụ Ngôn Ngữ Miễn Phí. Quý vị có thể có một phiên dịch viên. Quý vị có thể yêu cầu được đọc cho nghe tài liệu. Để nhận trợ giúp, hãy gọi cho chúng tôi theo số được liệt kê trên thẻ ID của quý vị hoặc gọi 1-800-522-0088 (TTY: 711).