



# AUTORIZACIÓN PARA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DEL PLAN DE SALUD

Por la presente, autorizo a Scott and White Health Plan y a sus subsidiarias, incluidas SHA, LLC, con nombre comercial FirstCare Health Plans, Scott & White Care Plans, Insurance Company of Scott and White y Southwest Life & Health Insurance Company (en conjunto denominadas "SWHP") a analizar y divulgar mi información de salud médica personal, según corresponda, por escrito, en persona y/o por teléfono, con las siguientes personas y con los siguientes fines:

**Marque todas las opciones que correspondan:**

**Incluya esta información si corresponde:**            Alcohol/drogas            Genética            VIH/SIDA            Salud mental  
INICIALES DEL MIEMBRO INICIALES DEL MIEMBRO INICIALES DEL MIEMBRO INICIALES DEL MIEMBRO

- Información general sobre beneficios
- Información sobre reclamos
- Cambios demográficos
- Autorización/remisiones
- Facturación/prima
- Asistencia a las citas
- Solicitud/elegibilidad
- Solicitudes de materiales
- Quejas/apelaciones
- Tarjetas de identificación
- Otro \_\_\_\_\_

Comprendo que esta autorización es voluntaria y que puedo negarme a firmarla. También comprendo que mi atención médica y el pago de mi atención médica no se verán afectados si no firmo este formulario. Comprendo que, si el destinatario autorizado a recibir la información no es una entidad cubierta, como una compañía aseguradora o un proveedor que no sea de atención médica, la información divulgada podría no seguir estando protegida por las regulaciones federales y estatales sobre privacidad.

También comprendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento enviando una declaración de revocación por escrito a Baylor Scott & White Health – Office of Corporate Compliance, 2401 S. 31st Street, MS-AR-300, Temple, TX 76508. También comprendo que la revocación debe estar firmada y fechada con una fecha posterior a la de esta autorización. La revocación no afectará las divulgaciones realizadas antes de la recepción de la revocación por escrito.

Este documento caducará en el momento de la revocación, o en la fecha o el evento que se especifica aquí: \_\_\_\_\_.

Nombre del miembro		Fecha de nacimiento MM / DD / AAAA
Dirección	Ciudad, estado, código postal	Número de teléfono

**La información se divulgará a los siguientes:**

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

**I uso y/o divulgación:**  Atención continua  Legal  Seguro  Uso personal  Otro \_\_\_\_\_

**Formato del ejemplar oficial:**  Papel  CD  \_\_\_\_\_ **Entrega del ejemplar oficial:**  Retiro  Correo  Fax a consultorio de atención médica

**Comprendo que este documento se aplica a todos los departamentos, proveedores de atención médica y/o empleados de SWHP.**

\_\_\_\_\_  
Firma del miembro o representante legal (no se aceptan firmas electrónicas) \_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre en letra de imprenta del miembro o representante legal \_\_\_\_\_  
Relación con el miembro

\_\_\_\_\_  
Autoridad del representante para actuar por el miembro (adjuntar documentación de respaldo)

**Por favor devuelva el formulario completo por correo, fax o correo electrónico.**

Correo: Attn: Customer Advocacy Department  
1206 W. Campus Drive  
Temple, TX 76502

Fax: 254-298-3663  
Teléfono: 800-321-7947