

## Autorización para Divulgar Información de Salud

\_\_\_\_\_  
Nombre completo del miembro

\_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento

\_\_\_\_\_  
Número de ID de Miembro  
o Suscriptor

\_\_\_\_\_  
Dirección del Miembro

\_\_\_\_\_  
Ciudad

\_\_\_\_\_  
Estado

\_\_\_\_\_  
Código postal

### Entiendo y acepto que:

- Esta autorización es voluntaria;
- Mi información de salud puede contener información generada por otras personas o entidades, entre ellos proveedores de cuidado de la salud, y puede contener información médica, de farmacia, dental, de la vista, de salud mental, de abuso de sustancias, del VIH o sida, de psicoterapia, reproductiva, de enfermedades contagiosas y de programas para el cuidado de la salud;
- No se me puede negar tratamiento, pago de servicios del cuidado de la salud, o inscripción o elegibilidad para beneficios de cuidado de la salud si no firmo este formulario;
- Mi información de salud puede estar sujeta a una nueva divulgación por parte del destinatario, y si el destinatario no es un plan de salud o un proveedor de cuidado de la salud, es posible que la información ya no esté protegida por las regulaciones federales sobre privacidad;
- Puedo revocar esta autorización en cualquier momento mediante notificación por escrito a Rocky Mountain Health Plans (RMHP); sin embargo, la revocación no tendrá efecto sobre ninguna medida tomada previa a la fecha en que se recibe y se procesa mi revocación.

Esta autorización vence (elija una opción):

Al finalizar el plan (incluida cualquier etapa sin cobertura)

En esta fecha específica:

Cuando suceda lo siguiente (especifique):

### Quién puede recibir y divulgar mi información:

Autorizo a Rocky Mountain Health Plans y sus afiliadas a recibir mi información de salud individualmente identificable o divulgarla a las siguientes personas u organizaciones:

\_\_\_\_\_  
(Nombre completo de la persona u organización)

\_\_\_\_\_  
(Dirección completa de la persona u organización)

\_\_\_\_\_  
(Nombre completo de la persona u organización)

\_\_\_\_\_  
(Dirección completa de la persona u organización)

**Tipo de información que se divulgará:**

- Autorizo la divulgación de toda mi información de salud, incluida la información médica, de farmacia, dental, de la vista, de salud mental, de abuso de sustancias, del VIH o sida, de psicoterapia, reproductiva, de enfermedades contagiosas y de programas para el cuidado de la salud; **o**
- Autorizo solo la divulgación de la siguiente información:

(Tipo de información)

**Propósito de la divulgación:**

- Mi información de salud se divulga por solicitud mía o a solicitud de mi representante personal; **o**
- Mi información de salud se divulga con el siguiente propósito:

(Explique el propósito)

\_\_\_\_\_  
Firma del miembro

\_\_\_\_\_  
Fecha

El autorizado puede realizar los siguientes cambios: \_\_\_\_\_

**Nota: Si usted es un tutor o un representante designado por un tribunal, debe adjuntar una copia de su autorización legal para representar al miembro y completar los siguientes datos:**

Tutor o representante:

\_\_\_\_\_  
Nombre

\_\_\_\_\_  
Número de teléfono

\_\_\_\_\_  
Dirección

\_\_\_\_\_  
Ciudad

\_\_\_\_\_  
Estado

\_\_\_\_\_  
Código postal

\_\_\_\_\_  
Firma del tutor o representante

\_\_\_\_\_  
Fecha

Si desea recibir ayuda para completar este formulario, llame a nuestro Servicio al Cliente al 888-282-1420 (TTY, marque 711). El horario de atención es de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo, y de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., de lunes a viernes, del 1 de abril al 30 de septiembre.

**Envíe este formulario (y la documentación, si corresponde) a:**

**Por correo: RMHP**

**Fax: 970-244-7880**

**PO Box 10600**

**Por correo electrónico:**

**Grand Junction, CO 81502-5600**

**Customer\_Service@rmhp.org**

**Aviso sobre la no discriminación**

Rocky Mountain Health Plans (RMHP) cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad, sexo, orientación sexual o identidad de género.

**Spanish:** ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-800-346-4643 (TTY: 711).

**Vietnamese:** CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-800-346-4643 (TTY: 711).