



**Complete el formulario a partir de la página 4**

Utilice este formulario para autorizar que Blue Cross and Blue Shield of Illinois (BCBSIL) divulgue su información médica protegida (*Personal Health Information*, PHI) a una persona u organización en específico. Siga las instrucciones a continuación, o si necesita ayuda, comuníquese con Servicio al Cliente al número en su tarjeta de asegurado. **Complete el formulario en su totalidad.**

Se puede usar un **autorización** para varios servicios o prestadores de servicios médicos, o puede completar un formulario por reclamación o procedimiento durante un período determinado. La **autorización** se completa de manera voluntaria y puede ser revocada en cualquier momento.

**Sección I:**

En esta **sección**, se identifica a la persona que está solicitando la autorización. Esta persona puede ser el titular de la póliza, su cónyuge, un dependiente o cualquier otra **persona** incluida en la póliza de cobertura del titular de la póliza. Es **obligatorio** completar todos los campos. Ejemplo: Jane Doe es la persona que está solicitando la autorización.

**Sección I. Nombre de la persona** cuya información médica protegida se está divulgando

<u>Jane Doe</u>		<u>5-10-1962</u>	
nombre		fecha de nacimiento	
<u>123456</u>	<u>XOP123456789</u>	<u>### - ## - ####</u>	
n.º de grupo	n.º de asegurado/titular de la póliza	n.º de seguro social	
<u>123 Main Street</u>		<u>Anytown</u>	
domicilio		ciudad	
<u>IL</u>	<u>12345</u>	<u>312-555-1212</u>	
estado	código postal	n.º telefónico con código de área	

**Sección II:**

En esta sección, se identifica a la persona o entidad (por ej., un familiar, amigo íntimo, corredor de seguros, abogado, otro interesado de confianza u organización) que están autorizadas a acceder la información médica protegida de la persona mencionada en la sección I. Si menciona una organización, identifique el nombre o el cargo de la persona que puede recibir la información médica protegida, por ej., Benefits Representatives, Human Resources Department, Associate XYZ Insurance Agency, entre otros. Ejemplo: Jane Doe ha identificado a su hija, Suzy Smith, como la persona que puede recibir su información médica protegida.

**Sección II. Nombre de la persona u organización** que está recibiendo la información médica protegida

Solicito y autorizo que Blue Cross and Blue Shield of Illinois divulgue mi información médica protegida para los propósitos mencionados a continuación. **Entiendo que, si la persona u organización mencionadas no son una compañía aseguradora o un prestador de servicios médicos, es posible que la información divulgada no esté protegida por las leyes federales en materia de privacidad.**

<u>Suzy Smith</u>		<u>hija</u>	
personas/organizaciones autorizadas para recibir la información		parentesco	
<u>asistir en la atención médica</u>			
propósito			
<u>123 Main Street</u>	<u>Anytown</u>	<u>IL</u>	<u>12345</u>
domicilio	ciudad	estado	código postal

**Sección III. Descripción de la información médica protegida que se está divulgando** (*Esta autorización no es válida para la divulgación de apuntes psicoterapéuticos*).

**Sección III:**

En esta sección, la persona mencionada en la Sección I selecciona qué información médica protegida y la manera en que desea divulgarla a la persona u organización mencionadas en la Sección II. La Sección III tiene 2 partes que se deben completar en su totalidad.

**Sección III A.** En esta sección, la persona mencionada en la Sección I autoriza si desea que cierta información médica (que podría estar protegida por las leyes estatales) se divulgue a la persona o la entidad mencionadas en la Sección II. Debe seleccionar la casilla “sí” o “no”. Ejemplo: Jane ha autorizado que Suzy reciba su información médica que podría estar protegida por las leyes estatales.

**Sección III A. Divulgación de información médica protegida por las leyes estatales.**

Debe seleccionar la casilla “sí” o “no” si autoriza la divulgación de la información médica, de los resultados de exámenes, de los registros o de los comunicados específicos.

(Aviso: Un “sí” indica que esta información se incluye en las categorías que nombra en la parte B a continuación):

La información médica protegida por las leyes estatales incluye lo siguiente:

- Ciertas enfermedades que se pueden comunicar (por ej., el virus de inmunodeficiencia humana, las enfermedades por contacto sexual y la hepatitis, etc.), el abuso de sustancias (como el consumo de drogas o alcohol), las pruebas de salud mental y genéticas.

Sí

No

**Sección III B.** En esta sección, la persona mencionada en la Sección I indica los tipos de información médica protegida que BCBSIL puede divulgarle a la persona u organización autorizadas mencionadas en la Sección II. También se debe indicar las fechas de servicio para que BCBSIL solo divulgue la información solicitada. Ejemplo: Jane le autoriza a BCBSIL a que le divulgue a Suzy la información sobre reclamaciones del 12 de junio de 2020 al 30 de marzo de 2022.

**Sección III B. Divulgación de la información médica protegida**

(seleccione todas las necesarias)

		<b>Fechas de servicio (mes/día/año)</b>	
		<b>del:</b>	<b>al:</b>
<input type="checkbox"/>	Información de la cobertura médica: Incluye información del certificado de beneficios y servicios médicos (por ej., copagos, coaseguro, elegibilidad y más información sobre servicios incluidos).	_____	_____
<input checked="" type="checkbox"/>	Información sobre reclamaciones: Incluye información en relación con el pago de reclamaciones por servicios recibidos, abarcando información específica que aparezca en las reclamaciones (por ej., cantidad facturada, descripciones generales de procedimientos con motivos para el pago o rechazo de reclamaciones, etc.).	<b>6-12-20</b>	<b>3-30-22</b>
<input type="checkbox"/>	Información sobre determinaciones de servicios: Incluye cualquier información en relación con las decisiones previas, concurrentes y posteriores al servicio.	_____	_____
<input type="checkbox"/>	Información sobre primas: Incluye información en relación con ciclos de facturación, cambios a cargos a cuenta bancaria, etc.	_____	_____
<input type="checkbox"/>	Servicios del prestador de servicios médicos o proveedor: Nombre del prestador/proveedor:  (Incluya la información sobre los servicios que ofrece el prestador o proveedor).	_____	_____
<input type="checkbox"/>	Otra: _____ (Especifique otra información que no aparezca en las categorías mencionadas).	_____	_____

## Sección IV. Vigencia y revocación

**Sección IV:** En esta sección, la persona mencionada en la Sección I debe seleccionar una fecha para finalizar la vigencia de esta autorización y reconocer su derecho para revocar esta Autorización en cualquier momento. Todas las autorizaciones requieren una fecha o suceso de vigencia (por ej., “**fecha de alta por hospitalización**”, “**fecha en que termina una rehabilitación**”, etc.). Ejemplo: La autorización de Jane tiene una validez de un año a partir de la fecha en que se firma, a menos que Jane decida revocarla.

**Vigencia:** La vigencia de la autorización será (debe seleccionar una opción):



Un año a partir de la fecha en que se firma



Otra fecha (indique fecha o suceso): \_\_\_\_\_

**Derecho a revocar:** Entiendo que puedo dar por terminada esta autorización en cualquier momento mediante un aviso por escrito dirigido a BCBSIL a la dirección que aparece al final de este formulario. **Entiendo que al revocar esta autorización no afectará cualquier medida correspondiente que tome la entidad mencionada antes de que la entidad reciba mi aviso de revocación por escrito.**

## Sección V. Firma

**Sección V:** En esta sección, la persona mencionada en la Sección I firma y fecha el formulario. Sin embargo, si el representante autorizado mencionado a continuación completa el formulario, el mismo debe proporcionar documentación como se describe a continuación. Si la persona es un menor de 18 años, en cuyo caso, uno de sus padres o tutor debe firmar el formulario de autorización. Debe firmarlo la persona, el padre del menor o el representante autorizado. Ejemplo: Jane firma y fecha el formulario.

Entiendo que esta autorización es de carácter voluntario y que, al firmarla, la compañía de seguros no puede condicionar mi elegibilidad para los servicios con cobertura, los tratamientos, la solicitud de cobertura o el pago de reclamaciones. Entiendo que si estoy firmando a nombre de un menor, mi autorización tendrá validez hasta que el menor cumpla 18 años, a menos que se presenten pruebas de tutela.

*Jane Doe*

\_\_\_\_\_   
 firma

**03-30-22**

\_\_\_\_\_   
 fecha (mes/día/año)

**Si es apoderado, tutor, albacea o administrador, proporcione la información que se solicita a continuación y presente los documentos legales correspondientes. Aviso: No tiene que adjuntar copias de estos documentos si ya constan en los archivos de BCBSIL.**

\_\_\_\_\_   
 nombre del representante autorizado

\_\_\_\_\_   
 parentesco con el interesado

\_\_\_\_\_   
 domicilio del representante autorizado

\_\_\_\_\_   
 ciudad

\_\_\_\_\_   
 estado

\_\_\_\_\_   
 código postal

\_\_\_\_\_   
 n.º telefónico con código de área del representante autorizado

**Sección final:** En esta sección, se ofrecen sugerencias sobre cómo mantener una copia de la autorización antes de entregarla a BCBSIL.

### ANTES DE ENVIAR UN FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN

#### DEBE MANTENER UNA COPIA PARA SUS REGISTROS :

- (1) HACIENDO UNA FOTOCOPIA DE ESTE FORMULARIO FIRMADO;  
O
- (2) COMPLETANDO Y FIRMANDO EL FORMULARIO DUPLICADO QUE RECIBIÓ O IMPRIMIÓ.



**I. Nombre de la persona** cuya información médica protegida se está divulgando

<b>nombre</b>		<b>fecha de nacimiento</b> (mes/día/año)	
n.º de grupo	n.º de asegurado/titular de la póliza	n.º de seguro social	
domicilio		ciudad	
estado	código postal	n.º telefónico con código de área	

**II. Nombre de la persona u organización que está recibiendo la información médica protegida**

Solicito y autorizo que Blue Cross and Blue Shield of Illinois divulgue mi información médica protegida para los propósitos mencionados a continuación. **Entiendo que, si la persona u organización mencionadas no son una compañía aseguradora o un prestador de servicios médicos, es posible que la información divulgada no esté protegida por las leyes federales en materia de privacidad.**

<b>Personas/organizaciones autorizadas para recibir la información</b>		<b>parentesco</b>	
<b>propósito</b>			
domicilio	ciudad	estado	código postal

**III. Descripción de la información médica protegida que se está divulgando**  
(Esta autorización **NO** es válida para la divulgación de apuntes psicoterapéuticos)

**A. Divulgación de información médica protegida por las leyes estatales**

Debe seleccionar la casilla “sí” o “no” si autoriza la divulgación de la información médica, de los resultados de exámenes, de los registros o de los comunicados específicos.

*(Aviso: Un “sí” indica que esta información se incluye en las categorías que nombra en la parte B a continuación):*

La información médica protegida por las leyes estatales incluye lo siguiente:

- Ciertas enfermedades que se pueden comunicar (por ej., el virus de inmunodeficiencia humana, las enfermedades por contacto sexual y la hepatitis, etc.), el abuso de sustancias (como consumo de drogas o alcohol), las pruebas de salud mental y genéticas.

Sí

No

**B. Divulgación de la información médica protegida**

*(seleccione todas las necesarias)*

**Fechas de servicio (mes/día/año)**

**del:**

**al:**

<input type="checkbox"/>	Información de la cobertura médica:	Incluye información del certificado de beneficios y servicios médicos (por ej., copagos, coaseguro, elegibilidad y más información sobre servicios incluidos).	_____	_____
--------------------------	-------------------------------------	--	-------	-------

<input type="checkbox"/>	Información sobre reclamaciones:	Incluye información en relación con el pago de reclamaciones por servicios recibidos, abarcando información específica que aparezca en las reclamaciones (por ej., cantidad facturada, descripciones generales de procedimientos con motivos para el pago o rechazo de reclamaciones, etc.).	_____	_____
--------------------------	----------------------------------	--	-------	-------

<input type="checkbox"/>	Información sobre determinaciones de servicios:	Incluye cualquier información en relación con decisiones previas, concurrentes y posteriores al servicio.	_____	_____
--------------------------	---	---	-------	-------

<input type="checkbox"/>	Información sobre primas:	Incluye información en relación con ciclos de facturación, cambios a cargos a cuenta bancaria, etc.	_____	_____
--------------------------	---------------------------	---	-------	-------

<input type="checkbox"/>	Servicios del prestador de servicios médicos o proveedor:	Nombre del prestador/proveedor: _____ (Incluya la información sobre los servicios que ofrece el prestador o proveedor).	_____	_____
--------------------------	---	---	-------	-------

<input type="checkbox"/>	Otra:	_____ (Especifique otra información que no aparezca en las categorías mencionadas).	_____	_____
--------------------------	-------	--	-------	-------

**IV. Vigencia y revocación**

**Vigencia:** La vigencia de la autorización será (debe seleccionar una opción):

<input type="checkbox"/>	Un año a partir de la fecha en que se firma	<input type="checkbox"/>	Otra (indique fecha o suceso): _____
--------------------------	---	--------------------------	--------------------------------------

**Derecho a revocar:** Entiendo que puedo dar por terminada esta autorización en cualquier momento mediante un aviso por escrito dirigido a BCBSIL a la dirección que aparece al final de este formulario. **Entiendo que al revocar esta autorización no afectará cualquier medida correspondiente que tome la entidad mencionada antes de que la entidad reciba mi aviso de revocación por escrito.**

**V. Firma** (Este documento debe firmarlo la persona, el padre del menor o el representante autorizado):

Entiendo que esta autorización es de carácter voluntario y que, al firmarla, la compañía de seguros no puede condicionar mi elegibilidad para los servicios con cobertura, los tratamientos, la solicitud de cobertura o el pago de reclamaciones. Entiendo que si estoy firmando a nombre de un menor, mi autorización tendrá validez hasta que el menor cumpla 18 años, a menos que se presenten pruebas de tutela.

\_\_\_\_\_

**firma**

\_\_\_\_\_

**fecha (MM-DD-AA)**

**Si es apoderado, tutor, albacea o administrador, proporcione la información que se solicita a continuación y presente los documentos legales correspondientes. NO tiene que adjuntar copias de estos documentos si ya constan en los archivos de Blue Cross and Blue Shield of Illinois.**

\_\_\_\_\_

**nombre del representante autorizado**

\_\_\_\_\_

**parentesco con el interesado**

\_\_\_\_\_

**domicilio del representante autorizado**

\_\_\_\_\_

**ciudad**

\_\_\_\_\_

**estado**

\_\_\_\_\_

**código postal**

\_\_\_\_\_

**n.º telefónico con código de área del representante autorizado**

ANTES DE ENVIAR UN FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN DEBE MANTENER UNA COPIA PARA SUS REGISTROS:

- (1) HACIENDO UNA FOTOCOPIA DE ESTE FORMULARIO FIRMADO;  
**O**
- (2) COMPLETANDO Y FIRMANDO EL FORMULARIO DUPLICADO QUE RECIBIÓ O IMPRIMIÓ.

**Envíe la autorización rellena y firmada a la siguiente dirección:**

**Blue Cross and Blue Shield of Illinois  
P.O. Box 660044  
Dallas, TX 75266-0044**

**Si necesita ayuda para completar el formulario, use las instrucciones presentadas anteriormente o llame al número en la tarjeta de asegurado.**

**Queda estrictamente prohibido modificar el formato, el contenido o la marca comercial de este formulario sin previa autorización del Departamento de Asuntos de Privacidad del HCSC (HSCS Privacy Office).**