

## AUTORIZACIÓN PERMANENTE PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA

(AUTHORIZATION FOR RELEASE OF HEALTH INFORMATION – STANDING)

Llene todas las secciones de esta autorización que correspondan a su solicitud

(Complete all sections of this Authorization as appropriate to your request.)

Nombre del miembro \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  
del plan: (Primer nombre) (Inicial de segundo nombre) (Apellido) (Birth Date)  
(Plan Member Name) (first) (m. initial) (last)

Dirección: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_  
(Address) (Calle/Avenida) (Phone #)  
(street address)

(Ciudad) (Estado) (Código postal) Número del miembro: \_\_\_\_\_  
(city) (state) (zip code) del plan: (Si lo sabe)  
(Plan Member #) (if known)

### QUIÉN AUTORIZA ESTA SOLICITUD

(Who)

Yo, por este medio, autorizo a \_\_\_\_\_ para que tome la siguiente acción.  
(I hereby authorize) (Añada el nombre de su plan de seguro médico) (to take the following action.)  
(fill in the above name of the health plan)

### ACCIÓN QUE SOLICITA

(Action Requested)

Deseo discutir **Mis Datos Médicos** con:

(To discuss **My Health Information** with)

(Añada el nombre de la otra persona o entidad)  
(name of other person or entity)

### QUÉ SOLICITA

(What)

Para esta hoja de autorización, “**Mis Datos Médicos**” significan el (seleccione una o más opciones):

(For this Authorization, “**My Health Information**” means (check one or more))

Caso o Registro de Gestión Médica

(Case or Medical Management Record)

Expediente completo

(Complete Record)

Registro de pagos

(Payment Record)

(menos los datos sobre el abuso de dro- gas y salud mental, a menos que mis iniciales a continuación indiquen lo contrario)

(other than substance abuse and mental health, unless initialed below)

Otra opción \_\_\_\_\_

(Other)

Para el servicio médico con fecha(s) \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

(For the date(s) of service from)

(Inserte la(s) fecha(s) del servicio solicitado

(insert date(s) of service requested)

**A menos que añada sus iniciales en la declaración a continuación, esa información NO SERÁ incluida en su petición.**

(Unless you initial either statement below, that information will NOT be included in your request.)

Si añadido mis iniciales aquí (\_\_\_\_), “**Mis Datos Médicos**” incluirán los Registros/Información sobre Abuso de Drogas.  
(If I have initialed here) (“**My Health Information**” includes Substance Abuse Records/Information.)

Si añadido mis iniciales aquí (\_\_\_\_), “**Mis Datos Médicos**” incluirán los Registros/Información sobre Salud Mental.

(If I have initialed here)

(“**My Health Information**” includes Mental Health Records/Information.)

**POR FAVOR LLENE ESTE FORMULARIO Y ENVÍELO A LA DIRECCIÓN  
O AL FAX MENCIONADO EN LA SEGUNDA PÁGINA.**

(PLEASE RETURN COMPLETED FORM TO THE ADDRESS OR FAX ON THE SECOND PAGE OF THIS FORM)

## **RAZÓN POR LA QUE HACE SU SOLICITUD**

Para solicitar información general y consultas, para asistencia con el procesamiento de solicitudes de prestaciones de servicios de beneficios, y para

*(For general information and inquiries, assistance in processing my claims for benefits, and for*

(Añada el propósito adicional si lo hay)  
*(insert additional purpose if any)*

Yo entiendo que:

- Esta autorización es voluntaria. Ni la inscripción o elegibilidad de beneficios o el pago por tratamiento, se verá afectado si firmo o no esta autorización.
- Esta autorización es válida por \_\_\_\_\_ o hasta \_\_\_\_\_. **En la ausencia de una fecha o un tiempo específico, esta autorización es válida por la duración de mi inscripción en el plan de seguro médico, y hasta que todas mis solicitudes de beneficios médicos hayan sido resueltas por completo.**
- Yo puedo revocar o retirar esta autorización enviando una petición escrita y una copia del documento original, por correo o fax, excepto cuando alguna acción haya sido tomada antes de recibida dicha petición de revocar o retirar la autorización. Puede enviar su petición escrita a la siguiente dirección o fax:

Johns Hopkins HealthCare LLC  
7231 Parkway Drive, Suite 100  
Hanover, MD 21076  
Attn: Corporate Compliance Department  
Fax: 410-762-1527  
Teléfono: 410-424-4996

- Una vez Mis Datos Médicos hayan sido divulgados de acuerdo a su voluntad, dicha información ya no se verá protegida por las leyes estatales y federales de privacidad, y podrá ser revelada nuevamente por la persona o personas que la recibe(n).
- Los datos médicos revelados, pueden incluir información relacionada con el estado del VIH, SIDA, enfermedades de transmisión sexual, salud mental, abuso de drogas y alcoholismo, etc.

**Firma del miembro del plan de seguro médico:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
*(Signature of Plan Member Only)* *(Date)* *(Requerida)*  
*(Required)*

**Si usted NO es el miembro del plan de seguro médico, pero está firmando en nombre del miembro, por favor llene la información a continuación**

*(If you are NOT the Plan Member but are signing on behalf of the Plan Member, please complete below)*

Yo, \_\_\_\_\_, soy (ponga un cheque en todas las respuestas que se aplican a usted)  
*(I)* *(Su nombre en letra de molde)* *(am)* *(check which applies)*  
*(print your name)*

- Progenitor con derechos parentales** *(Parent with Parental Rights)*
- Pariente legaizado en la crianza de familiares** *(Registered Kinship Care Relative)*
- Agente de asistencia sanitaria legalmente designado** *(Legally Appointed Healthcare Agent)*
- Representante médico con poder notarial** *(Medical Power of Attorney)*
- Representante con carta poder con derecho a ver registros médicos**  
*(Power of Attorney with Right to See Medical Records)*
- Sustituto para tomar decisiones** *(Surrogate Decision Maker)*
- Guardián designado por la corte** *(Court Appointed Guardian)*
- Representante personal designado por la corte para un difunto**  
*(Court Appointed Personal Representative of Deceased)*

**Firma del representante:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
*(Representative's Signature)* *(Date)* *(Requerida)*  
*(Required)*

**Dirección:** \_\_\_\_\_ **Teléfono:** \_\_\_\_\_  
*(Address)* *(Phone)*

**A menos que usted sea uno de los padres de un paciente, usted DEBE adjuntar un comprobante de su autoridad confirmando su(s) selección(es) para actuar como representante del miembro del plan de seguro médico.**

*(You MUST attach proof of your authority to act on behalf of the Plan Member as checked above (other than parent))*