



Florida Blue  
 P.O. Box 45296  
 Jacksonville, FL 32232

## AUTORIZACIÓN PARA DIVULGACIÓN DE REGISTROS DE INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA (PROTECTED HEALTH INFORMATION, PHI)

Usted, como miembro, o en calidad de representante personal de un miembro de Blue Cross and Blue Shield of Florida, Inc., Health Options, Inc. o Florida Blue Medicare, Inc. ("Florida Blue") o Truli for Health, puede autorizar la divulgación de su información de salud protegida en ciertos registros ("**Registros PHI**") con las personas o compañías que se indican a continuación. Complete todas las secciones de este formulario y devuélvalo firmado a la dirección indicada arriba.

### 1. Información del Miembro (la persona cuyos Registros PHI serán divulgados):

Número de contrato del miembro	Fecha de nacimiento	
Nombre del miembro	Inicial de segundo nombre	
Apellido del miembro		
Dirección		
Ciudad	Estado	Código postal
Número de teléfono		

### 2. Autorizo la divulgación de mis Registros PHI a las siguientes personas o compañías:

Nombre de la persona o compañía		
Dirección		
Ciudad	Estado	Código postal
Número de teléfono		

El Seguro de salud es ofrecido por Florida Blue. Florida Blue HMO, Truli for Health y Florida Blue Medicare, Inc., las cuales son afiliadas de Florida Blue, ofrecen la cobertura HMO. Estas compañías son Licenciatarías Independientes de Blue Cross and Blue Shield Association.

**3. Autorizo la divulgación de mis Registros PHI para el siguiente propósito:**

Marque **SOLO UNA** casilla:

A petición mía, sin propósito específico     Con un propósito específico: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
*Ejemplo: Para ayudarme a administrar mis beneficios de seguro de salud*

**4. Autorizo la divulgación de los Registros PHI que se indican a continuación:**

Marque **SOLO UNA** casilla:

Un resumen de reclamaciones que enumera la prestación y el pago de mis beneficios o servicios de atención médica.

Información específica como se describe aquí:

\_\_\_\_\_  
*Ejemplo: La reclamación relacionada con mi servicio el (fecha).*

**5. Mi autorización para divulgar Registros PHI expirará:**

Marque **SOLO UNA** casilla:

Cuando revoque esta autorización de acuerdo con las instrucciones que se enumeran abajo

O

Durante la siguiente fecha, evento o condición:

\_\_\_\_\_

**6. Al firmar abajo, entiendo y acepto que:**

- Mis Registros PHI pueden contener información creada por otras personas o entidades, incluyendo proveedores de atención médica, y pueden incluir información delicada de diagnóstico y tratamiento que cubre enfermedades crónicas, condiciones de salud mental/del comportamiento, trastornos por uso de sustancias, HIV/AIDS y otras enfermedades infecciosas.
- Si comparto mis Registros PHI con personas que no forman parte de Florida Blue o Truli for Health, es posible que no esté sujeta a las leyes de privacidad federales que restringen su uso o divulgación.
- Puedo obtener una copia de este formulario de autorización que he firmado al enviar una solicitud firmada a Florida Blue, a la dirección que se encuentra en la parte superior de este formulario.
- Puedo revocar esta autorización en cualquier momento al notificar por escrito a Florida Blue, a la dirección que se encuentra en la parte superior de este formulario; sin embargo, la revocación no tendrá ningún efecto sobre las acciones tomadas antes de la fecha en que mi revocación sea recibida y procesada.

El Seguro de salud es ofrecido por Florida Blue. Florida Blue HMO, Truli for Health y Florida Blue Medicare, Inc., las cuales son afiliadas de Florida Blue, ofrecen la cobertura HMO. Estas compañías son Licenciatarias Independientes de Blue Cross and Blue Shield Association.

- Esta autorización es voluntaria; mi inscripción o elegibilidad para beneficios con Florida Blue o Truli for Health no cambiará si no firmo este formulario.

Firme  
Aquí

Fecha

MM/DD/AAAA

Marque aquí y complete la sección de Información del Representante Personal a continuación si está firmando este formulario como representante personal del miembro de Florida Blue o Truli for Health.

**Información del Representante Personal:** Si el miembro no puede firmar este formulario, un representante personal puede firmar, completar y enviar este formulario en nombre del miembro. Un representante personal es alguien que tiene el derecho legal de firmar este formulario en nombre del miembro. **Adjunte pruebas de que usted es el representante personal del miembro (por ejemplo, Poder Notarial [Power of Attorney]). No podemos aceptar este formulario sin esa documentación.**

Nombre		Apellido	
Dirección			
Ciudad		Estado	Código postal
Número de teléfono			

Si tiene preguntas acerca de este formulario, llame a Servicio al Cliente al número sin cargo que se encuentra en la parte de atrás de su tarjeta de miembro.

Esta es una traducción de su original en inglés. La versión en inglés prevalecerá.

El Seguro de salud es ofrecido por Florida Blue. Florida Blue HMO, Truli for Health y Florida Blue Medicare, Inc., las cuales son afiliadas de Florida Blue, ofrecen la cobertura HMO. Estas compañías son Licenciatarias Independientes de Blue Cross and Blue Shield Association.