



Autorización para Divulgar Información Personal de Salud

Sección 1

Nombre del miembro (nombre y apellido):

Número de Identificación de miembro en Lipa:

Fecha de Nacimiento (mm/dd/aaaa):

Marque esta casilla si es que usted es miembro de Lipa y de Trillium Community Health Plan (Trillium).
(Si usted es miembro de Lipa y de Trillium, esta autorización se aplicará a los dos planes.)

Sección 2

En las siguientes casillas, elija qué información personal de salud desea que se divulgue. Si desea que se divulgue TODA la información solicitada, marque la casilla que dice TODA información. Si desea que sólo se divulgue cierta información, deberá decir qué información desea que se divulgue.

Divulgar TODA información

Divulgar únicamente la siguiente información:

Elegibilidad del plan Información de las reclamaciones

Afiliación al plan Pagos de las primas

Divulgar únicamente la información que figura a continuación (escriba la información que desea que se divulgue).

Sección 3

Marque únicamente una de las siguientes casillas para indicar por cuánto tiempo Lipa puede utilizar esta autorización para divulgar su información personal de salud.

Divulgar mi información personal de salud por tiempo indefinido

Divulgar mi información personal de salud por un plazo específico, a partir del: (mm/dd/aaaa): _____ hasta el: (mm/dd/aaaa) _____

Sección 4

Escriba el nombre y la dirección de la(s) persona(s) u organización(es) a las cuales usted desea que Lipa divulgue su información personal de salud. Por favor, indique el nombre específico de la(s) persona(s) de toda organización que liste a continuación:

Nombre:

Dirección:

Nombre:

Dirección:

Nombre:

Dirección:

Sección 5

Yo autorizo a Lipa a divulgar mi información personal de salud mencionada anteriormente a la(s) persona(s) u organización(es) que he listado en este formulario. Entiendo que mi información personal de salud puede volver a ser divulgada por la(s) persona(s) u organización(es) y podría ya no estar protegida por la ley.

Firma:

Número de teléfono:

Fecha (mm/dd/aaaa):

Escriba la dirección de la persona miembro de Lipa (Dirección, Ciudad, Estado y Código Postal):

Marque aquí si usted firma como representante personal y complete lo siguiente. Por favor, adjunte la documentación pertinente (por ejemplo, el documento poder). Esto sólo aplica si alguien que no sea la persona miembro de Lipa firmó arriba.

Escriba la dirección del Representante Personal (Dirección, Ciudad, Estado y Código Postal)

Escriba el número de teléfono del Representante Personal (incluyendo el código de área)

Escriba la relación que tiene el Representante Personal con el beneficiario



Sección 6

Devuelva la autorización llena y firmada por correo o fax a:

Lipa
P.O. Box 11740
Eugene, Oregon 97440-1740

Fax de Lipa: 541-485-0737

Sección 7

Nota: Usted tiene el derecho de revocar ("retirar") su autorización en cualquier momento, por escrito, salvo en la medida en que Lipa ya haya actuado con su permiso. Si desea revocar su autorización, envíe una solicitud por escrito a la dirección indicada arriba.

Su autorización o no autorización para divulgar su información personal de salud no tendrá ningún efecto en su afiliación, ni en la elegibilidad para recibir beneficios, ni en la cantidad que Lipa paga por los servicios de salud que recibe.

Si necesita ayuda para llenar este formulario, por favor llame a nuestro Departamento de Servicios para los Miembros al (541) 485-2155.

Los usuarios de TTY deben llamar al (877) 600-5473.

El Departamento de Servicio para los Miembros de Lipa tiene el siguiente horario de atención: de 8 a.m. a 5 p.m., de lunes a viernes.

Para recibir este material en otro formato u otro idioma, llame al: (541) 485-2155.