



South Carolina

BlueCross BlueShield of South Carolina
is an independent licensee of the
Blue Cross and Blue Shield Association

Autorización voluntaria para revelar información médica protegida (PHI) a terceros

ENVÍE ESTE FORMULARIO A:

BlueCross BlueShield of South Carolina Group & Individual, 120 East at Alpine Road (AX-H05), Columbia, SC 29219-0001

Número de fax: 803-264-0174

SECCIÓN A – INFORMACIÓN DEL MIEMBRO (PERSONA CUYA INFORMACIÓN SE REVELARÁ):

Número de identificación del miembro primario (como aparece en la tarjeta de identificación del miembro) o número de Seguro Social:

Nombre del miembro principal: (Apellido, nombre, inicial del segundo nombre)	Fecha de nacimiento:	Número de teléfono: (Incluyendo el código de área)
--	----------------------	--

Dirección: (Incluyendo el código postal)

Nombre del cónyuge*/Fecha de nacimiento: (Si está incluido en la autorización)

Nombre del dependiente* <i>mayor de 16 años</i> /Fecha de nacimiento: (Si está incluido en la autorización)	Nombre del dependiente <i>menor de 16 años</i> /Fecha de nacimiento: (Si está incluido en la autorización)
---	--

SECCIÓN B – PERSONA AUTORIZADA (PERSONA U ORGANIZACIÓN QUE RECIBE SU INFORMACIÓN):

Autorizo a BlueCross BlueShield of South Carolina (BlueCross) a revelar información médica protegida a:

Nombre:	Relación:
---------	-----------

Dirección:	Teléfono:
------------	-----------

Nombre:	Relación:
---------	-----------

Dirección:	Teléfono:
------------	-----------

SECCIÓN C – DESCRIPCIÓN DE LA INFORMACIÓN QUE SE REVELARÁ (TIPO DE INFORMACIÓN QUE SE UTILIZARÁ O REVELARÁ):

Marque **solo una**:

Autorizo a BlueCross a revelar **toda** PHI (excepto las notas de psicoterapia) que la persona/la entidad mencionada arriba pueda pedir. Si corresponde, esta información puede incluir información relacionada con enfermedades crónicas, condiciones de salud del comportamiento, enfermedades transmisibles, incluido VIH o SIDA, o información genética.

_____ También incluye todo registro de abuso de sustancias y alcohol, si corresponde. (*Indicar con iniciales*)

Esta autorización no se aplicará a la información sobre el abuso de sustancias o alcohol, a menos que se autorice específicamente.

Autorizo a BlueCross a revelar **ÚNICAMENTE** la siguiente PHI: _____

Esta autorización se concede a petición mía o con los siguientes fines: _____

SECCIÓN D – VENCIMIENTO Y REVOCACIÓN (CUÁNDO TERMINARÁ ESTA AUTORIZACIÓN):

Vencimiento: Esta autorización vencerá en el momento en el que termine la _____ cobertura de BlueCross o 12 meses después, o cuando yo presente una revocación por escrito, lo que suceda primero.

Revocación: Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento enviando un aviso por escrito de mi revocación a la dirección de arriba.

Entiendo que la revocación de esta autorización *no* afectará ninguna medida basad en esta autorización que BlueCross haya tomado antes de recibir mi aviso de revocación por escrito.

SECCIÓN E – FIRMA*/FECHA:

Hago esta autorización porque yo lo pedí y tuve la oportunidad de leer y considerar su contenido. Entiendo que el hecho de que yo firme esta autorización no condicionará a BlueCross respecto de mi inscripción en un plan médico, mi elegibilidad para recibir beneficios ni el pago de reclamos. Además, entiendo que la persona autorizada puede no estar sujeta a las leyes de privacidad federales/estatales y puede revelar mi información médica protegida.

Firma*: _____ Fecha: _____

Firma del cónyuge*: _____ Fecha: _____

Firma del dependiente mayor de 16 años*: _____ Fecha: _____

Firma del dependiente mayor de 16 años*: _____ Fecha: _____

*Si el representante personal del individuo firma esta autorización, debe adjuntar documentación legal que muestre su autoridad para actuar en nombre del individuo.

Debe conservar una copia firmada de esta autorización para sus archivos, pero nosotros le daremos una copia si lo pide.