

Autorización para Utilizar o Revelar Información Específica

Usted debe completar los pasos 1-6 para que se considere esta autorización.

1	Nombre del miembro (por favor, en imprenta):	Fecha de nacimiento del miembro (día/ mes/ año):
	Número de identificación del miembro:	Número de teléfono del miembro:

Le otorgo mi autorización a Rocky Mountain Health Plans (RMHP, Planes de Salud de las Montañas Rocallosas), que incluye los planes financiados por Rocky Mountain HMO y Rocky Mountain HealthCare Options y/ o la Entidad Rocky Mountain Health Plans Home Health (RMHP Home Health) para que utilice/ obtenga o revele esta información personal y específica de salud o mis registros:

2	<input type="checkbox"/> Relacionado con el tratamiento, pago de servicios y reclamos. 0
	<input type="checkbox"/> Esta información específica:

La información puede compartirse con:

3	Nombre (en imprenta):	Teléfono #:	Relación con el miembro:
	Nombre (en imprenta):	Teléfono #:	Relación con el miembro:
	Nombre (en imprenta):	Teléfono #:	Relación con el miembro:
	Nombre (en imprenta):	Teléfono #:	Relación con el miembro:

La información descrita anteriormente puede utilizarse y darse a conocer:

4	<input type="checkbox"/> A mi pedido 0
	<input type="checkbox"/> Por este motivo específico:

Esta autorización vence:

5	<input type="checkbox"/> Cuando ya no sea un miembro de RMHP 0
	<input type="checkbox"/> En esta fecha específica o cuando se produzca el hecho (ejemplo: 5 de mayo del 2004):

Entiendo que puedo optar por no firmar este formulario. El optar por no firmar no afectará mi elegibilidad para el plan o la posibilidad de inscribirme. El optar por no firmar no afectará mi posibilidad para recibir tratamiento de atención de la salud y no evitará el pago de los beneficios de atención de la salud a los que tendría derecho como miembro de RMHP.

Entiendo que la(s) persona(s) nombrada(s) en este formulario podría(n) comentarle(s) a otras sobre la información de mi salud personal que él/ ella recibe de RMHP y/ o de RMPH Home Health. En ese caso, ya no se aplicarán las leyes que cumple RMHP y/ o RMHP Home Health para proteger la información.

Puedo revocar esta autorización en cualquier momento notificando a RMHP y/ o RMHP Home Health por escrito, indicando que ya no los autorizo para revelar información a la(s) persona(s) nombrada(s) en este formulario. Entiendo que esta revocación no afectará el uso continuo o la revelación de la información sobre mi salud hasta el grado en que RMHP o RMHP Home Health haya actuado dependiendo de esta autorización.

6	Firma:	Fecha:
	Autoridad:	

(Su firma o la de un representante personal; si es la firma personal del representante, una descripción de su autoridad para firmar en su nombre. Puede ser necesaria la Documentación de dicha autoridad.)

Para asistencia en español llame al 800-346-4643.