



## Autorización para el uso y la divulgación de información médica protegida

Nombre del miembro: \_\_\_\_\_ N.º de ID del miembro: \_\_\_\_\_

Dirección del miembro: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Ciudad/Estado/Código postal: \_\_\_\_\_ N.º de teléfono: \_\_\_\_\_

**Por el presente autorizo el uso o la divulgación de mi información médica protegida (Protected Health Information, PHI) según lo descrito a continuación.**

1. Personas u organizaciones autorizadas a utilizar o divulgar la información médica protegida:

---

---

---

2. Nombres y direcciones de las personas u organizaciones autorizadas a recibir o utilizar la información médica protegida: (en letra de molde)

---

---

---

3. Descripción específica de la información médica protegida que se puede utilizar o divulgar:

---

---

---

**4. Divulgación que requiere una aprobación específica:** Soy consciente de que mis registros pueden contener PHI sobre pruebas, diagnósticos o tratamientos de VIH/SIDA, otras enfermedades de transmisión sexual (ETS), alcoholismo y drogadicción, dependencia de sustancias químicas o de salud mental. Autorizaré a Molina Healthcare a divulgar o volver a divulgar cualquier y toda la información, excepto aquella que marcaré con mis iniciales a continuación.

No quiero que se comparta mi información médica sobre pruebas, diagnósticos o tratamientos en relación con los siguientes temas:

VIH/SIDA;  Otras ETS;  Alcoholismo y drogadicción/Dependencia de sustancias químicas;  
 Salud mental

5. Se utilizará o divulgará la información médica protegida con los siguientes fines:

---

---

---

6. Comprendo lo siguiente:

- a) Puedo revocar esta autorización en cualquier momento. Para hacer esto, puedo informar a Molina Healthcare por escrito o verbalmente. Este derecho no se aplica a las acciones que Molina Healthcare ya tomó debido a esta autorización.
- b) Entiendo que esta autorización es voluntaria y que me puedo negar a firmarla. Si me niego a firmar, esto no afectará mi  
Tratamiento  
Pago  
Inscripción o elegibilidad para mis beneficios
- c) Sé que es posible que se vuelva a divulgar la PHI que autorizo que una persona o entidad reciba. Sé que las leyes estatales y federales ya no pueden proteger esta PHI. Vea el "Aviso para los destinatarios de información sobre alcoholismo y drogadicción" más adelante.
- d) Tengo derecho a recibir una copia de esta autorización.

7. Esta autorización caduca 90 días después de la fecha de su firma, a menos que se especifique lo contrario a continuación.

Esta autorización caduca [el/luego de] \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del miembro o su representante personal

\_\_\_\_\_  
Fecha

**Nombre del representante personal, si corresponde (en letra de molde):** \_\_\_\_\_

Relación con el miembro:  Padre/Madre  Tutor legal\*  Titular del poder notarial\*

Otro, describa: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Descripción de la autoridad del representante personal para actuar en nombre del miembro (en letra de molde):

\* Adjunte documentación legal si es el tutor legal o el titular del poder notarial para las decisiones de atención médica.

**Se entregará una copia de este formulario firmado al Miembro, si la autorización la solicitó Molina Healthcare.**

**AVISO PARA LOS DESTINATARIOS DE INFORMACIÓN SOBRE ALCOHOLISMO O DROGADICCIÓN**  
Se le divulgó esta información a partir de los registros protegidos por las normas federales de confidencialidad (Título 42 del Código de Regulaciones Federales [Code of Federal Regulations, CFR], Parte 2). Las normas federales le prohíben divulgar más información, a menos que se permita expresamente dicha divulgación mediante el consentimiento por escrito de la persona a la que pertenece o según lo permitido por el Título 42 del CFR, Parte 2. Una autorización general para la divulgación de información médica u otra información NO es suficiente para este fin. Las normas federales restringen cualquier uso de la información para investigar o procesar criminalmente a cualquier paciente que abuse de alcohol o drogas.