



**Necesitamos su autorización antes de que podamos divulgar sus registros a otros.
Llene y firme este formulario.**

Estimado/a miembro:

Para garantizar su privacidad, necesitamos que llene el formulario incluido con esta carta. Una vez complete el formulario, envíenoslo de vuelta. Este formulario nos informará a quién le está permitiendo que vea sus registros.

El formulario es válido por un año desde la fecha de suscripción, a menos que solicite revocarlo antes de ese plazo.

Asegúrese de llenar todo el formulario y conserve una copia a modo de registro. No cambie el formulario ni omita cosas. Si tenemos alguna pregunta o si hay algún problema con el formulario, le enviaremos una carta o lo llamaremos.

Procesaremos su formulario rápidamente una vez que lo recibamos. Si tiene alguna pregunta, llame al número de Servicios al Miembro que está en su tarjeta de identificación de miembro y pida hablar con la Unidad de Privacidad del Miembro.

Un saludo cordial,

Unidad de Privacidad del Miembro
Highmark Blue Cross Blue Shield of Western New York

Documentos adjuntos: Aviso de no discriminación
Obtenga ayuda en otros idiomas

bcbswny.com/stateplans

Highmark Blue Cross Blue Shield of Western New York es el nombre comercial de Highmark Western and Northeastern New York Inc., un licenciatario independiente de Blue Cross Blue Shield Association.

Lea esta página con el fin de obtener ayuda para completar la página 1 del formulario.

PARTE A: Miembro

1. Escriba en letra de imprenta su apellido, nombre y la primera letra de su segundo nombre.
2. Escriba su fecha de nacimiento de la siguiente manera: mm/dd/aaaa. Por ejemplo, si nació el 5 de octubre de 1960, usted escribiría 10/05/1960.
3. Escriba su dirección residencial completa, ciudad, estado y código postal.
4. Escriba un número telefónico diurno (con código de área) donde comunicarse con usted.
5. Escriba su número telefónico celular/móvil (con código de área) donde comunicarse con usted.
6. El número de identificación del miembro está en su tarjeta de identificación de miembro.

PARTE B: Personas o compañías que pueden ver mis registros

7. Después de marcar la casilla de la persona o compañía que puede ver sus registros, díganos el nombre completo de la persona o compañía a la que se le permite ver sus registros. No utilice un término general como “mi hija” o “mi hijo”. Usted debe ser muy claro.
8. Si marca “Otra persona o compañía”, proporcione:
 - El nombre y apellido (si los tiene).
 - El nombre de la compañía (si le aplica) y explique su relación con usted.

PARTE C: Mis registros

Díganos cuáles registros nos permitirá divulgar (todos o solo algunos):

9. Para divulgar todos sus registros, marque la primera casilla.
10. Para divulgar solo algunos registros, marque la segunda casilla.
11. Esta sección también incluye registros que usted piensa que son muy personales o muy privados para usted. Si está de acuerdo en que podemos divulgar estos tipos de registros, marque cuáles casillas le aplican.



Formulario de autorización del miembro

Este formulario debe ser llenado por un miembro. El mismo permite que una persona o compañía vea los registros del miembro. Escriba lo más que pueda sobre usted. Si necesita ayuda, vea la carta incluida con este formulario. Esta le mostrará cómo puede llenar cada una de las partes. También puede llamar al número de Servicios al Miembro que figura en su tarjeta de identificación de BlueHealth.

PARTE A: MIEMBRO			
Apellido del miembro	Nombre del miembro	Inicial del segundo nombre	Fecha de nacimiento del miembro
Dirección física del miembro	Ciudad	Estado	Código postal
Número telefónico celular/móvil (con código de área)	Número telefónico diurno (con código de área)	Número de identificación del miembro (vea la tarjeta de identificación de BlueHealth)	
PARTE B: PERSONAS O COMPAÑÍAS QUE RECIBIRAN MIS REGISTROS			
Las personas o compañías listadas y marcadas abajo tienen derecho a ver mis registros. (Deben tener de 18 años de edad en adelante). Marque cada una de las casillas que apliquen. Escriba los nombres y apellidos.			
<input type="checkbox"/> Mi cónyuge (nombre y apellido)	<input type="checkbox"/> Mis padres (Si usted es mayor de 18 años, escriba los nombres y apellidos).		
<input type="checkbox"/> Mis hijos adultos (nombres y apellidos)	<input type="checkbox"/> Otro (Nombre y apellido si lo tiene. Podría ser una persona o el nombre de una compañía. Además, escriba su relación con esta persona o compañía).		
PARTE C: MIS REGISTROS			
Permitiré que Highmark Blue Cross Blue Shield of Western New York (Highmark BCBSWNY) comparta los registros abajo (marque solo una casilla):			
<input type="checkbox"/> Todo mi expediente médico. Pueden ser registros sobre su salud, un diagnóstico (nombre de la enfermedad o problema de salud), reclamaciones, nombres de médicos y otros proveedores de atención de la salud. Los registros también pueden ser sobre dinero (como facturación y banca). Marcar esta casilla no permitirá que otras personas vean registros sensibles (muy personales) a menos que yo esté de acuerdo con esto abajo.			
O			
<input type="checkbox"/> Solo algunos registros (marque todos los que le aplican)			
<input type="checkbox"/> Apelación	<input type="checkbox"/> Médico y hospital	<input type="checkbox"/> Referencia (cuando su médico principal dice que está bien ver a un médico especialista para cierto tratamiento)	
<input type="checkbox"/> Beneficios y cobertura	<input type="checkbox"/> Notas de los médicos	<input type="checkbox"/> Tratamiento	
<input type="checkbox"/> Facturas	<input type="checkbox"/> Información financiera	<input type="checkbox"/> Dental	
<input type="checkbox"/> Reclamaciones y pagos	<input type="checkbox"/> Precertificación y preautorización (para aprobaciones de tratamiento). Es cuando le damos autorización para un tratamiento.	<input type="checkbox"/> Vista	
<input type="checkbox"/> Diagnóstico (nombre de la enfermedad o problema de salud)		<input type="checkbox"/> Farmacia	
<input type="checkbox"/> Elegibilidad		<input type="checkbox"/> Otro	
También permitiré que Highmark BCBSWNY comparta este tipo de registro sensible (muy personal) abajo. Marque todas las casillas que le apliquen.			
<input type="checkbox"/> Todos los registros sensibles abajo ²			
O			
<input type="checkbox"/> Solo algunos registros sobre temas marcados abajo			
<input type="checkbox"/> Aborto	<input type="checkbox"/> Pruebas genéticas	<input type="checkbox"/> Salud mental	
<input type="checkbox"/> Abuso (sexual/físico/mental)	<input type="checkbox"/> Situación de embarazo	<input type="checkbox"/> Enfermedades de transmisión sexual transmitidas a otras personas	
<input type="checkbox"/> Trastorno por el uso de sustancias ^{1,2} (tal como tratamiento para el abuso de alcohol y/o drogas)	<input type="checkbox"/> VIH o SIDA	<input type="checkbox"/> Otro: _____	

Lea esta página con el fin de obtener ayuda para completar la página 2 del formulario.

PARTE D: Por qué desea que sus registros sean compartidos

1. La primera casilla nos dice que divulguemos sus registros como se muestra en este formulario.
2. La segunda casilla nos dice un motivo especial. Podría ser con un abogado o familiar. Escriba su motivo en el espacio.

PARTE E: Revise y firme

Una vez que firme el formulario, el mismo será válido por:

3. Marque la primera casilla para un año. Este es el tiempo normal.
4. Marque la segunda casilla para decir que el formulario que firma será válido por menos de un año. Luego proporcione la fecha en que desea que termine.
5. **Firme su nombre y ponga la fecha en el formulario.** Su nombre y firma *deben* coincidir con la que escribió en la Parte A.
6. **Si está firmando este formulario en nombre de otra persona o si tiene formularios que dicen que usted tiene Poder de representación para la atención de la salud, o es tutor legal o curador, debe hacer lo siguiente:**

- Llene el campo **Persona jurídica o tutor legal designado.**
- Denos una copia del formulario legal que muestre que usted tiene Poder de representación. Inclúyalo con este formulario.

1 Especifique el periodo de los registros a ser divulgados: _____
 Descripción de los registros que podrían ser divulgados: _____
 2 A menos que especifique lo contrario en este formulario, pretendo que esta divulgación incluya todos los registros sobre trastorno por el uso de sustancias mantenidos por Highmark BCBSWNY sobre mí. Sé que mis registros sobre trastorno por el uso de sustancias están protegidos bajo leyes y normas generales y estatales. Este formulario mantendrá privados estos registros. Ningún registro puede ser divulgado sin que yo lo diga por escrito. Esto es a menos que las leyes y normas digan eso. También sé que puedo retirar el hecho de que estuve de acuerdo con esto en cualquier momento según se indica abajo en la Parte E. Sé que no puedo cancelar este formulario firmado después de que hayan divulgado mi expediente médico.

PARTE D: POR QUÉ QUIERE QUE SUS REGISTROS SEAN COMPARTIDOS (marque solo una casilla)
 Por las razones que se describen en este formulario

 Razones especiales: _____

PARTE E: REVISE Y FIRME (marque solo una casilla)
 Una vez que firme y envíe este formulario, el mismo será válido por:
 Un año desde el día en que firmo el formulario

 Antes de un año y en la fecha, evento o motivo mostrados abajo

He leído cada una de las partes de este formulario. Sé, acepto y permitiré que Highmark BCBSWNY use y divulgue mis registros tal como lo establecí arriba. También sé que firmé este formulario por voluntad propia. Sé que no tengo que firmar este formulario para recibir tratamiento o pago, o para inscribirme o recibir beneficios.
 Tengo derecho a retirar lo que he acordado en este formulario en cualquier momento. Le diré a Highmark BCBSWNY por escrito que lo estoy haciendo. Sé que retirar esto no cambiará ninguna acción tomada antes de hacerlo. También sé que cualquier registro que una persona o grupo reciba (que yo haya acordado) puede ser divulgado. Si ocurre esto, los registros pueden ya no estar protegidos bajo la norma de privacidad de la HIPAA.
 Firma del miembro (si el miembro es menor, firma del padre o de la madre) _____ Fecha _____

Usted tiene derecho a conservar una copia de este formulario después de terminar de llenarlo. Haga una copia para sus registros. Devuelva este formulario completado en el sobre que incluimos.

PERSONA JURÍDICA O TUTOR LEGAL DESIGNADO
 (solo complete esta sección si tiene documentación que respalda la Representación legal)
 Si hay una persona que está firmando por el miembro (alguien que atiende al miembro), necesitamos estos formularios llenados:
 Una copia del Poder de representación general o duradero para atención de la salud

 Una orden de la corte u otra prueba. Esto mostrará que alguien tiene derecho legal para atender a una persona. Otras pruebas pueden ser formularios que muestran que alguien puede por ley actuar por el miembro.
 Llene las líneas de abajo:
 Representante legal para el miembro (nombre completo en letra de imprenta) _____ Relación del representante legal con el miembro _____
 Dirección física del representante legal _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____
 Firma _____ Fecha _____
 X _____

Llene el formulario y envíelo por correo a:
 Member Privacy Unit
 P.O. Box 62509
 Virginia Beach, VA 23466

Estos son ejemplos de formularios legales usados cuando una persona necesita que alguien más tome decisiones por ella.

- **Poder de representación general o duradero para atención de la salud.** Este formulario le da a una persona el poder legal para actuar por usted. Esta persona puede tomar decisiones de atención de la salud por usted. Podría decir esto en el formulario: “para hacerse cargo de mi persona en caso de enfermedad de cualquier clase”. También puede decir esto: “y en general para hacer y actuar por mí y en mi nombre todo lo que yo podría hacer si no estoy ahí”.
- **Tutela legal.** Esto es cuando la corte nombra a alguien para que atienda a una persona.
- **Tutela.** Esto ocurre cuando un juez designa a una persona para que esté a cargo. Podría ser cuando una persona no puede tomar decisiones por sí misma.
- **Ejecutor de la sucesión.** Este tipo de formulario se usa cuando la persona de la que se está hablando ha fallecido.

PARTE A: MIEMBRO

Apellido del miembro	Nombre del miembro	Inicial del segundo nombre	Fecha de nacimiento del miembro
Dirección física del miembro	Ciudad	Estado	Código postal
Número telefónico celular/móvil (con código de área)	Número telefónico diurno (con código de área)	Número de identificación del miembro (vea la tarjeta de identificación de miembro) 	

PARTE B: PERSONAS O COMPAÑÍAS QUE RECIBIRÁN MIS REGISTROS

Las personas o compañías listadas y marcadas abajo tienen derecho a ver mis registros. (Deben tener de 18 años de edad en adelante). Marque cada una de las casillas que apliquen. Escriba los nombres y apellidos.

<input type="checkbox"/> Mi cónyuge (nombre y apellido)	<input type="checkbox"/> Mis padres (Si usted es mayor de 18 años, escriba los nombres y apellidos).
<input type="checkbox"/> Mis hijos adultos (nombres y apellidos)	<input type="checkbox"/> Otro (Nombre y apellido si lo tiene. Podría ser una persona o el nombre de una compañía. Además, escriba su relación con esta persona o compañía).

PARTE C: MIS REGISTROS

Permitiré que Highmark Blue Cross Blue Shield of Western New York (Highmark BCBSWNY) comparta los registros abajo (marque solo una casilla):

Todo mi expediente médico. Pueden ser registros sobre su salud, un diagnóstico (nombre de la enfermedad o problema de salud), reclamaciones, nombres de médicos y otros proveedores de atención de la salud. Los registros también pueden ser sobre dinero (como facturación y banca). Marcar esta casilla no permitirá que otras personas vean registros sensibles (muy personales) a menos que yo esté de acuerdo con esto abajo.

O

Solo algunos registros (marque todos los que le aplican)

<input type="checkbox"/> Apelación	<input type="checkbox"/> Médico y hospital	<input type="checkbox"/> Referencia (cuando su médico principal dice que está bien ver a un médico especialista para cierto tratamiento)
<input type="checkbox"/> Beneficios y cobertura	<input type="checkbox"/> Notas de los médicos	<input type="checkbox"/> Tratamiento
<input type="checkbox"/> Facturas	<input type="checkbox"/> Información financiera	<input type="checkbox"/> Dental
<input type="checkbox"/> Reclamaciones y pagos	<input type="checkbox"/> Precertificación y preautorización (para aprobaciones de tratamiento). Es cuando le damos autorización para un tratamiento.	<input type="checkbox"/> Vista
<input type="checkbox"/> Diagnóstico (nombre de la enfermedad o problema de salud)		<input type="checkbox"/> Farmacia
<input type="checkbox"/> Elegibilidad		<input type="checkbox"/> Otro

También permitiré que Highmark BCBSWNY comparta este tipo de registro sensible (muy personal) abajo. Marque todas las casillas que le apliquen.

Todos los registros sensibles abajo²

O

Solo algunos registros sobre temas marcados abajo

<input type="checkbox"/> Aborto	<input type="checkbox"/> Pruebas genéticas	<input type="checkbox"/> Salud mental
<input type="checkbox"/> Abuso (sexual/físico/mental)	<input type="checkbox"/> Situación de embarazo	<input type="checkbox"/> Enfermedades de transmisión sexual transmitidas a otras personas
<input type="checkbox"/> Trastorno por el uso de sustancias ^{1,2} (tal como tratamiento para el abuso de alcohol y/o drogas)	<input type="checkbox"/> VIH o SIDA	<input type="checkbox"/> Otro: _____

1 Especifique el periodo de los registros a ser divulgados: _____
Descripción de los registros que podrían ser divulgados: _____

2 A menos que especifique lo contrario en este formulario, pretendo que esta divulgación incluya todos los registros sobre trastorno por el uso de sustancias mantenidos por Highmark BCBSWNY sobre mí. Sé que mis registros sobre trastorno por el uso de sustancias están protegidos bajo leyes y normas generales y estatales. Este formulario mantendrá privados estos registros. Ningún registro puede ser divulgado sin que yo lo diga por escrito. Esto es a menos que las leyes y normas digan eso. También sé que puedo retirar el hecho de que estuve de acuerdo con esto en cualquier momento según se indica abajo en la Parte E. Sé que no puedo cancelar este formulario firmado después de que hayan divulgado mi expediente médico.

PARTE D: POR QUÉ QUIERE QUE SUS REGISTROS SEAN COMPARTIDOS (marque solo una casilla)

Por las razones que se describen en este formulario

Razones especiales: _____

PARTE E: REVISE Y FIRME (marque solo una casilla)

Una vez que firme y envíe este formulario, el mismo será válido por:

Un año desde el día en que firmo el formulario

Antes de un año y en la fecha, evento o motivo mostrados abajo

He leído cada una de las partes de este formulario. Sé, acepto y permitiré que Highmark BCBSWNY use y divulgue mis registros tal como lo establecí arriba. También sé que firmé este formulario por voluntad propia. Sé que no tengo que firmar este formulario para recibir tratamiento o pago, o para inscribirme o recibir beneficios.

Tengo derecho a retirar lo que he acordado en este formulario en cualquier momento. Le diré a Highmark BCBSWNY por escrito que lo estoy haciendo. Sé que retirar esto no cambiará ninguna acción tomada antes de hacerlo. También sé que cualquier registro que una persona o grupo reciba (que yo haya acordado) puede ser divulgado. Si ocurre esto, los registros pueden ya no estar protegidos bajo la norma de privacidad de la HIPAA.

Firma del miembro (si el miembro es menor, firma del padre o de la madre)

Fecha

Usted tiene derecho a conservar una copia de este formulario después de terminar de llenarlo. Haga una copia para sus registros. Devuelva este formulario completado en el sobre que incluimos.

PERSONA JURÍDICA O TUTOR LEGAL DESIGNADO

(solo complete esta sección si tiene documentación que respalda la Representación legal)

Si hay una persona que está firmando por el miembro (alguien que atiende al miembro), necesitamos estos formularios llenados:

Una copia del Poder de representación general o duradero para atención de la salud

Una orden de la corte u otra prueba. Esto mostrará que alguien tiene derecho legal para atender a una persona.

Otras pruebas pueden ser formularios que muestran que alguien puede por ley actuar por el miembro.

Llene las líneas de abajo:

Representante legal para el miembro (nombre completo en letra de imprenta)

Relación del representante legal con el miembro

Dirección física del representante legal

Ciudad

Estado

Código postal

Firma

X

Fecha

Llene el formulario y envíelo por correo a:

Member Privacy Unit

P.O. Box 62509

Virginia Beach, VA 23466