

¿Con quién podemos hablar sobre la salud de usted?

Autorización para la divulgación de datos de salud

El rellenar este formulario dejará a IlliniCare Health compartir sus datos de salud con la persona o el grupo identificado por usted a continuación.

RELLENE TODOS LOS DATOS EN ESTE FORMULARIO. CUANDO TERMINA, ENVÍELO A LA DIRECCIÓN INDICADA AL FONDO DE LA PÁGINA.

Si usted desea que todos sus datos de salud sean compartidos con la persona/el grupo indicado abajo, por favor marque la casilla que corresponda a continuación.

Doy permiso a IlliniCare Health para compartir **TODOS** los datos míos de salud con la persona o el grupo indicado abajo.

Si usted desea que sean compartidos solamente algunos de sus datos de salud con la persona/el grupo indicado abajo, por favor marque la casilla al lado de lo que no desea que sea compartido.

Doy permiso a IlliniCare Health para compartir todos los datos de salud **CON EXCEPCIÓN DE:**

Información sobre las drogas/medicamentos de receta

Información sobre el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) o el virus de inmunodeficiencia humana (VIH)

Información sobre los servicios de salud mental o el cuidado psiquiátrico

Otro: _____

Por favor rellene los datos abajo sobre la persona autorizada para recibir información sobre su salud.

Nombre (persona o grupo): _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Código postal: _____

Teléfono: _____

Por favor ponga una fecha final para este formulario. ¿Para cuándo debemos dejar de compartir sus datos de salud con esta persona? Fecha final: _____

Si no quiere que hablemos con nadie sobre su salud, por favor márkelo en la casilla abajo.

No doy la autorización a IlliniCare para que hable con alguien sobre mi atención médica que no sea yo mismo.

Por favor rellene sus datos abajo.

Datos sobre el Miembro:

(Escriba en letras de molde)

Nombre del Miembro: _____

Fecha de nacimiento: _____ N° de Identidad de Miembro de Medicaid: _____

Firma del Miembro:

(Miembro o Representante Legal, firme aquí) Date

Si usted está firmando en nombre del miembro, describa el parentesco que tiene con él abajo. Si usted es el representante personal del miembro, indíquelo abajo y envíenos copias de estos formularios (tales como la carta poder o la orden de tutela):

ENVIAR A:
IlliniCare Health
Privacy Officer
999 Oakmont Plaza Drive
Suite 400
Westmont, IL 60559
866-329-4701



Cómo anular este formulario:

- Derecho a anular (revocar): Si usted desea anular este formulario de autorización, rellene el formulario de revocación en línea al www.illinicare.com o llámenos al 866-329-4701 para recibir una copia de este formulario.

Información adicional sobre este formulario:

- Usted no tiene que firmar este formulario ni dar permiso para compartir sus datos de salud. No cambiarán sus servicios y sus beneficios con IlliniCare Health si no firma este formulario.
- IlliniCare Health no puede prometer que la persona o el grupo a quien da permiso a IlliniCare Health para compartir sus datos de salud no los comparta con alguien más.
- Retenga una copia de todos los formularios rellenos que usted nos envía. IlliniCare Health puede enviarles copias si las necesita.