

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA

Este formulario se utiliza para informar a Spring Health sobre las personas que ha elegido para tener acceso a su información de salud personal.

1. **Nombre completo** (primer nombre, segundo nombre, apellido) del miembro de Spring Health:

2. **Fecha de nacimiento** (mm/dd/aaaa):

Por ley, Spring Health requiere su permiso escrito (una "autorización") para usar o divulgar su información médica personal, también conocida como Información de salud protegida o PHI, para cualquier propósito que no esté establecido en la Política de privacidad de Spring Health.

Para que Spring Health divulgue su información médica protegida a otra persona o entidad, debe completar y firmar este formulario y devolverlo. Usted tiene derecho a recibir una copia de este formulario. Puede retirar ("revocar") su permiso escrito en cualquier momento, excepto si Spring Health ya ha actuado debido a su permiso.

3. **Yo autorizo que se divulguen los registros del siguiente período de tiempo** (mm/dd/aaaa):

_____ a _____

4. **Yo autorizo que se divulgue:**

- ☐ Mi registro médico completo (que puede incluir, entre otros, mi historial médico o de salud, notas en el registro, resultados de pruebas de diagnóstico u otra información sobre mi cuidado)
- ☐ Registros específicos (por favor especifique el tipo de registro):

5. **Divulgar mi información a:**

Nombre (primer nombre, segundo nombre, apellido; entidad):

Dirección (correo electrónico o número de fax):

6. ¿Cuánto tiempo debe estar vigente esta autorización?

Este formulario será válido por un (1) año a menos que se indique un período más corto a continuación.

Mi autorización es válida entre (mm/dd/aaaa):

_____ a _____

Nueva divulgación: Entiendo que una vez que Spring Health divulgue mi información de conformidad con esta autorización, es posible que la información ya no esté protegida por las leyes de privacidad federales y estatales y que mi información de salud pueda volver a ser divulgada.

Revocación: Tengo derecho a revocar (cancelar) esta autorización en cualquier momento enviando un aviso escrito al Oficial de Privacidad a la dirección en la parte superior de este formulario, enviando un correo electrónico a compliance@springhealth.com, o llamando al 855-629- 0554. Entiendo que la revocación no será efectiva hasta que la reciba el Oficial de Privacidad. La revocación no afectará ninguna acción tomada por Spring Health basándose en esta autorización antes de recibir mi notificación de cancelación por escrito.

Rechazo: Si me niego a firmar este formulario, mi tratamiento, pago, inscripción o elegibilidad para recibir beneficios no serán afectados.

Entiendo y acepto que: Esta autorización es voluntaria. Mi información de salud puede contener registros relacionados con la salud mental y conductual, psicoterapia, diagnóstico de VIH y/o SIDA y tratamiento por abuso de alcohol y sustancias.

7. Firma del miembro o representante autorizado:

He leído y entiendo los términos de este formulario.

Firma

Fecha (mm/dd/aaaa)

Nota: Este formulario debe estar firmado por el miembro o su representante personal. Si usted no es el miembro, indique su relación con el miembro marcando la casilla correspondiente.

Relación*:

☐ Padre / Guardián legal

☐ Poder legal

☐ Otro*: _____

*Se debe proporcionar documentación que respalde su autoridad legal para actuar en nombre del miembro. Si realiza esta solicitud en nombre de un menor, es posible que necesitemos información adicional antes de que esta solicitud se considere completa.