

**AUTORIZACIÓN DEL PACIENTE****Para Uso o Divulgación de la Información Protegida de la Salud**

Su autorización específica debe obtenerse para usar y divulgar su Información Protegida de la Salud (PHI, por sus siglas en inglés) en circunstancias limitadas (por ejemplo, notas de psicoterapia, investigación, peticiones de abogados, comercialización no relacionada con operaciones del cuidado de la salud). Generalmente Physicians Health Choice y su proveedor particular del cuidado de la salud, están autorizados para usar y divulgar la PHI para *tratamiento, pago o asuntos operacionales* así como aquellos que requieran otras situaciones autorizadas o exigidas por la ley, sin su expreso consentimiento o autorización.

**Nombre del Paciente** \_\_\_\_\_ **Fecha de Nacimiento** \_\_\_\_\_  
**Dirección** \_\_\_\_\_  
**Ciudad/Estado/Código Postal (Zip)** \_\_\_\_\_

Autorizo a Physicians Health Choice, sus agentes o representantes, y cualquier proveedor particular del cuidado de la salud que pertenezca a la red de Physicians Health Choice, a utilizar y/o divulgar mi PHI al siguiente miembro(s) de mi familia, amigo(s) personal(es) y otra(s) persona(s), y a discutir o comunicarse con las mismas personas sobre cualquier información referente al estatus de mi inscripción y beneficios, participación en el plan de salud, opciones de tratamiento y tratamientos alternos, disponibilidad del proveedor y cualesquiera otros asuntos relacionados con mi tratamiento del cuidado de la salud, el plan de salud Medicare Advantage, el pago y/u operaciones:

**Fecha de Vencimiento:** Esta autorización estará en vigor y efecto siempre y cuando yo esté inscrito en un plan de salud de Medicare Advantage de Physicians Health Choice.

Entiendo que tengo el derecho a revocar por escrito esta autorización en cualquier momento, enviando tal notificación escrita a Physicians Health Choice, con atención a: Privacy Officer, 8637 Fredericksburg Road, Suite 400, San Antonio, TX 78240. Entiendo que una revocación no es efectiva hasta el punto en que Physicians Health Choice se haya apoyado en el uso o divulgación de la información protegida de la salud o si mi autorización fue obtenida como condición para adquirir una cobertura de seguro y el asegurador tenga derecho legal a disputar una demanda.

Entiendo que la información usada o divulgada bajo esta autorización se puede volver a divulgar por quien la recibe y podría no ser ya protegida por la ley federal o estatal. Physicians Health Choice no condicionará mi tratamiento, pago o inscripción en un plan de salud o elegibilidad para beneficios (si correspondiera) si otorgo la autorización para el uso o divulgación que se haya solicitado.

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente o Representante Legal (Persona con autoridad legal para actuar a nombre del paciente)

\_\_\_\_\_  
Nombre del Paciente o del Representante Legal en Letra de Molde

\_\_\_\_\_  
FECHA

Si Firma el Representante Legal, adjunte la documentación legal.