P.O. Box 459089
Fort Lauderdale, FL 33345-9089

Autorización para Usar y Divulgar Información Médica

Notice to Member:

- Completing this form will allow Ambetter from Sunshine Health to (i) use your health information for a particular purpose, and/or (ii) share your health information with the individual or entity that you identify on this form.
- You do not have to give permission to use or share your health information. Your services and benefits with Ambetter from Sunshine Health will not change if you do not submit this form.
- If you want to cancel this authorization form, send us a written request to revoke it at the address on the bottom of this page. A revocation form can be provided to you by calling Member Services at the phone number on the back of your member ID card.
- Ambetter from Sunshine Health cannot promise that the person or group you allow us to share your health information with will not share it with someone else.
- Keep a copy of all completed forms that you send to us. We can send you copies if you need them.
- If you need help, contact Member Services at the phone number on the back of your member ID card.
- Fill in all the information on this form. When finished, mail the form and any supporting documentation to **Ambetter from Sunshine Health**
  ATTN: Compliance Department
  P.O. Box 459089
  Fort Lauderdale, FL 33345-9089

Aviso al (la) afiliado(a):

- Al llenar este formulario, usted autoriza a Ambetter from Sunshine Health a (i) que use su información de salud para un fin en particular, y/o (ii) que la dé a conocer a la persona o entidad que usted identifique en este formulario.
- Usted no tiene que firmar este formulario ni dar permiso a usar o dar a conocer su información de salud. Sus servicios y beneficios de Ambetter from Sunshine Health no cambiarán si usted no firma este formulario.
- Si desea cancelar este formulario de autorización, envíenos por escrito una solicitud para revocarlo a la dirección que aparece al final de esta página. Servicios para los afiliados puede proporcionarle un formulario de revocación si les llama al número telefónico que se encuentra en la parte trasera de su tarjeta de identificación de afiliación.
- Ambetter from Sunshine Health no puede prometer que la persona o el grupo al que nos permita dar a conocer su información de salud no la dará a conocer a alguien más.
- Conserve una copia de todos los formularios llenos que nos envíe. Si las necesita, podemos enviarle copias.
- Si necesita ayuda, comuníquese con Servicios para los afiliados al número telefónico que aparece en la parte trasera de su tarjeta de identificación de afiliación.
- Llene toda la información en este formulario. Al terminar, envíe el formulario y todos los documentos de apoyo a
  Ambetter from Sunshine Health
  ATTN: Compliance Department
  P.O. Box 459089
  Fort Lauderdale, FL 33345-9089

LEA ATENTAMENTE LAS INSTRUCCIONES Y COMPLETE EL SIGUIENTE FORMULARIO. NO SE PUEDEN ACEPTAR FORMULARIOS INCOMPLETOS.

1 INFORMACIÓN DEL MIEMBRO:

Nombre del miembro *(en letra de imprenta)*:_____

Fecha de nacimiento del miembro:_____Número de ID del miembro:_____

2 DOY PERMISO A AMBETTER FROM SUNSHINE HEALTH PARA QUE UTILICE MI INFORMACIÓN MÉDICA PARA LOS FINES INDICADOS O PARA QUE COMPARTA MI INFORMACIÓN MÉDICA CON LA PERSONA O EL GRUPO QUE SE MENCIONA A CONTINUACIÓN. EL PROPÓSITO DE LA AUTORIZACIÓN ES *(marque una opción a continuación):*

☐ permitir que Ambetter from Sunshine Health me ayude con mis beneficios y servicios, **O**

☐ permitir que Ambetter from Sunshine Health utilice o comparta mi información médica para_____

3 PERSONA O GRUPO AUTORIZADOS PARA RECIBIR LA INFORMACIÓN *(añada más personas o grupos en la página siguiente):*

Nombre (persona o grupo):_____

Dirección:_____

Ciudad:_____Estado:_____Código postal:_____Número de teléfono: (_____)_____-__

4 AUTORIZO A AMBETTER FROM SUNSHINE HEALTH A UTILIZAR O COMPARTIR LA SIGUIENTE INFORMACIÓN MÉDICA *(NOTA: Seleccione la primera afirmación para divulgar TODA la información médica o seleccione la segunda afirmación para divulgar solo PARTE de la información médica. No se pueden seleccionar ambas).*

☐ **Toda mi información médica, INCLUIDOS los siguientes tipos de información:**
información genética y servicios o resultados de pruebas genéticas; datos y registros de VIH o SIDA; datos y registros de salud mental (sin incluir las notas de psicoterapia); datos y registros de medicamentos recetados, y datos y registros sobre el consumo de drogas y bebidas alcohólicas (especifique cualquier información sobre trastornos por consumo de sustancias que pueda divulgarse);

O

☐ **Toda mi información médica, EXCEPTO los siguientes tipos de información** *(a continuación, marque solo las casillas que correspondan):*

- ☐ Información genética y servicios o resultados de pruebas genéticas
- ☐ Datos y registros de SIDA o VIH
- ☐ Datos y registros sobre el consumo de drogas y bebidas alcohólicas
- ☐ Datos y registros de salud mental (sin incluir las notas de psicoterapia)
- ☐ Datos y registros de medicamentos recetados
- ☐ Otro tipo de información:

_____

5 ESTA AUTORIZACIÓN FINALIZA EN LA SIGUIENTE FECHA O ACONTECIMIENTO: _____

Fecha de finalización de esta autorización, a menos que se cancele. Si este campo está en blanco, la autorización vencerá al cabo de un año a partir de la fecha de la firma que figura a continuación.

---

6 FIRMA DEL MIEMBRO O REPRESENTANTE LEGAL:_____

FECHA:_____

SI ES EL REPRESENTANTE LEGAL, indique la relación con el miembro:

Si usted es el representante legal o personal del Miembro, ***debe enviarnos copias de los formularios pertinentes****, como el poder notarial o la orden de custodia.*

ENVÍE POR CORREO POSTAL EL FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN COMPLETADO Y TODA LA DOCUMENTACIÓN DE RESPALDO A LA SIGUIENTE DIRECCIÓN

Ambetter from Sunshine Health, ATTN: COMPLIANCE DEPARTMENT
P.O. Box 459089 Fort Lauderdale, FL 33345-9089

PERSONAS O GRUPOS ADICIONALES AUTORIZADOS PARA RECIBIR LA INFORMACIÓN:

NOTA: Si da su consentimiento para la divulgación de cualquier registro de trastorno por consumo de sustancias a un destinatario que no sea un tercero pagador ni un proveedor de atención médica, un centro o un programa en el que reciba servicios de un proveedor responsable del tratamiento, como un mercado de seguros médicos o una institución de investigación (en adelante, "entidad receptora"), debe especificar el nombre de la persona que le proporciona servicios en calidad de proveedor responsable del tratamiento o de la entidad receptora en la que recibe dichos servicios, o simplemente debe indicar que sus registros de trastornos por consumo de sustancias pueden divulgarse a sus proveedores responsables del tratamiento actuales y futuros en esa entidad receptora.

Nombre (persona o entidad):

Dirección:

Ciudad: Estado: Código postal: Número de teléfono: ( ) -

Nombre (persona o entidad):

Dirección:

Ciudad: Estado: Código postal: Número de teléfono: ( ) -

Nombre (persona o entidad):

Dirección:

Ciudad: Estado: Código postal: Número de teléfono: ( ) -

Nombre (persona o entidad):

Dirección:

Ciudad: Estado: Código postal: Número de teléfono: ( ) -

Nombre (persona o entidad):

Dirección:

Ciudad: Estado: Código postal: Número de teléfono: ( ) -

Nombre (persona o entidad):

Dirección:

Ciudad: Estado: Código postal: Número de teléfono: ( ) -

Nombre (persona o entidad):

Dirección:

Ciudad: Estado: Código postal: Número de teléfono: ( ) -

Nombre (persona o entidad):

Dirección:

Ciudad:_____ Estado____ Código postal:__ Número de teléfono: ( )____-_____