



## Instrucciones para llenar el Formulario de autorización del miembro

Si tiene alguna pregunta, no dude en llamarnos al número de atención al cliente que figura en su tarjeta de identificación del miembro.

Lea lo siguiente para obtener ayuda para llenar la página uno del formulario.

### Parte A: Información del miembro

Esta sección aplica al miembro que está pidiendo la divulgación de su información a otra persona o compañía.

- 1 Escriba en letra de imprenta su apellido, nombre y la inicial del segundo nombre.
- 2 Anote su fecha de nacimiento en este formato: mmddyyyy. (Si nació el 5 de octubre de 1960, usted escribiría 10051960).
- 3 Anote su dirección física completa, ciudad, estado y código postal.
- 4 Anote su número de teléfono diurno (incluyendo código de área).
- 5 Anote su número celular/móvil (incluyendo código de área).
- 6 **Número de identificación**  
Encontrará este número en su tarjeta de identificación del miembro.
- 7 **Número de grupo**  
Encontrará este número en su tarjeta de identificación del miembro. Si su tarjeta de identificación no tiene un número de grupo, deje este espacio en blanco.

### Parte B: Persona o compañía que recibirá esta información

- 8 Anote el nombre completo de la persona o compañía a la que quiere que le demos su información. No utilice un término general como “mi hija” o “mi hijo”, ya que esto no será aceptado. Debe ser específico.
- 9 Si marca “Otra”, dé el nombre y apellido (si lo tiene), el nombre de la compañía (si aplica) y cuál es su relación con usted.

### Parte C: Información que puede ser divulgada

Esta sección nos dice qué información quisiera que divulguemos: toda o solo alguna.

- 10 Para “toda su información”, marque la primera casilla.
- 11 Para “información limitada”, marque la segunda casilla y las casillas que le apliquen.
- 12 Algunos temas pueden ser muy personales o sensibles para usted. Si desea aprobar la divulgación de este tipo de información, marque la(s) casilla(s) que le aplique(n).

Formulario de autorización del miembro			
Si necesita ayuda en español para entender este documento, puede solicitarla sin costo adicional, llamando al número de servicio al cliente que aparece al dorso de su tarjeta de identificación o en el folleto de inscripción. Este formulario debe ser llenado por un miembro si hay una solicitud para divulgar la información de salud del miembro a otra persona o compañía. Incluya tanta información como sea posible.			
<b>Parte A: Información del miembro</b>			
Apellido del miembro <b>1</b>	Nombre del miembro	Inicial del segundo nombre	Fecha de nacimiento del miembro <b>2</b>
Dirección física del miembro <b>3</b>	Ciudad	Estado	Código postal
Número de teléfono diurno (con código de área) <b>4</b>	Número de teléfono celular/móvil (con código de área) <b>5</b>	Número de identificación (ver la tarjeta de identificación) <b>6</b>	Número de grupo (ver la tarjeta de identificación) <b>7</b>
<b>Parte B: Persona o compañía que recibirá esta información</b>			
Las siguientes personas o compañías tienen derecho a recibir mi información. (Deben tener 18 años en adelante). Ingrese el nombre y apellido. Al ingresar el nombre/apellido a continuación, esa persona puede recibir mi información.			
Mi cónyuge (ingrese el nombre y apellido) <b>8</b>	Mis padres (si usted es mayor de 18, ingrese el/los nombre[s] y apellido[s])		
Mi pareja doméstica (ingrese el nombre y apellido)	Mi agente o corredor de seguro (ingrese el nombre de la compañía y el nombre y apellido, si los conoce)		
Mis hijos adultos (escriba el/los nombre[s] y apellido[s])	Otra (ingrese el nombre y apellido [si los conoce], nombre de la compañía y cuál es su relación con usted) <b>9</b>		
<b>Parte C: Información que puede ser divulgada</b>			
Autorizo a Wellpoint West Virginia, Inc. a utilizar o divulgar la siguiente información en mi nombre: <b>Marque solo una casilla.</b>			
<input type="checkbox"/> <b>Toda mi información.</b> Esto puede incluir salud, un diagnóstico (nombre de la enfermedad o condición), reclamaciones, médicos y otros proveedores de cuidados médicos e información financiera (como facturación e información bancaria). No incluye información sensible (ver a continuación) a menos que se apruebe a continuación.			
<input type="checkbox"/> <b>Solo información limitada</b> se puede divulgar (marque todas las casillas a continuación que le apliquen).			
<input type="checkbox"/> Apelación	<input type="checkbox"/> Elegibilidad e inscripción	<input type="checkbox"/> Referencia	
<input type="checkbox"/> Beneficios y cobertura	<input type="checkbox"/> Financiera	<input type="checkbox"/> Tratamiento	
<input type="checkbox"/> Facturación	<input type="checkbox"/> Expedientes médicos	<input type="checkbox"/> Dental	
<input type="checkbox"/> Reclamaciones y pagos	<input type="checkbox"/> Certificación previa y autorización	<input type="checkbox"/> Visión	
<input type="checkbox"/> Médico y hospital	<input type="checkbox"/> Certificación previa (para aprobaciones de tratamiento)	<input type="checkbox"/> Farmacia	
<input type="checkbox"/> Diagnóstico (nombre de la enfermedad o condición) y procedimiento (tratamiento):			
También apruebo la divulgación de los siguientes tipos de información sensible por parte de Wellpoint (marque todas las casillas que le apliquen):			
<input type="checkbox"/> <b>Toda la información sensible</b> <sup>2</sup>			
<input type="checkbox"/> <b>Solo la información sensible sobre los temas marcados a continuación</b>			
<input type="checkbox"/> Abuso (sexual/físico/mental)	<input type="checkbox"/> VIH o SIDA	<input type="checkbox"/> Salud reproductiva <sup>3</sup> (incluyendo aborto, maternidad, etc.)	
<input type="checkbox"/> Trastorno por el uso de sustancias <sup>1,2</sup>	<input type="checkbox"/> Salud mental		
<input type="checkbox"/> Estudios genéticos	<input type="checkbox"/> Enfermedades de transmisión sexual		
1 Especifique el período de los registros a ser divulgados:			
Descripción de los registros que pueden ser divulgados:			
2 A menos que especifique lo contrario en este formulario, pretendo que esta divulgación incluya todos los registros sobre mi trastorno por el uso de sustancias mantenidos por Wellpoint sobre mí. Entiendo que los registros sobre mi trastorno por el uso de sustancias están protegidos bajo las leyes y regulaciones de confidencialidad federales y estatales, y que no se pueden divulgar sin mi consentimiento por escrito, a menos que las leyes y regulaciones establezcan lo contrario. También entiendo que puedo revocar (o cancelar) esta aprobación en cualquier momento, o según se describe en la Parte E. Entiendo que no puedo cancelar esta aprobación cuando este formulario ya haya sido usado para divulgar información.			
3 Salud reproductiva incluye, entre otros, infertilidad tanto masculina como femenina, maternidad, pérdida del embarazo, aborto espontáneo, planificación familiar, control de natalidad, aborto electivo y espontáneo y cualquier otro cuidado o servicio relacionado.			

Lea lo siguiente para obtener ayuda para llenar la página dos del formulario.

Parte D: Propósito de esta aprobación

Esta sección nos dice el motivo por el que ha pedido la divulgación de su información.

- 1 Marque la primera casilla para decirnos que divulguemos esta información tal como se muestra en este formulario.
- 2 Marque la segunda casilla para un motivo específico.  
Un ejemplo podría ser para resolver una reclamación de seguro de vida.

Parte E: Fecha de vencimiento de su aprobación

Tiene dos opciones de la fecha en que quisiera que finalice esta aprobación.

- 3 Marque la primera casilla para el estándar de un año en que finalizará.
- 4 Marque la segunda casilla para una fecha anterior (que no sea un año) y dé la fecha en que desea que finalice esta aprobación.

Parte F: Revisión y aprobación

- 5 Firme con su nombre y ponga la fecha en el formulario. Su nombre y firma deben coincidir con la información en la Parte A.
- 6 Si está firmando este formulario en representación de otra persona, o si tiene poder legal para cuidado médico, o es un tutor legal/ custodio, debe hacer lo siguiente:
  - Debe llenar la sección de Tutor/representante legal designado.
  - También debe darnos copia del documento legal que muestre que usted tiene aprobación e incluirlo con este formulario.

Ejemplos de documentos legales:

- **Poder de representación general o duradero para cuidado médico.** Este documento la da a una persona en la que usted confía el poder legal para que actúe en su nombre y tome decisiones relacionadas con el cuidado médico por usted.
- **Tutela legal.** Esto es cuando la corte nombra a alguien para que cuide a otra persona.
- **Tutela.** Esto ocurre cuando un juez designa a una persona responsable de tomar decisiones para alguien no puede tomar decisiones responsables por sí mismo.
- **Ejecutor de la sucesión.** Este tipo de documento sería usado cuando la persona que está siendo representada ha fallecido.

1

2

3

4

5

6

Parte D: Propósito de esta aprobación: marque solo una casilla.

☐ Dar la información que se muestra en este formulario

☒ Por este (estos) motivo(s):

Parte E: Fecha de vencimiento de su aprobación: marque solo una casilla

☐ Si todavía no se revocó este documento, esta aprobación terminará en alguna de las siguientes fechas, la que ocurra primero:  
☐ Un año desde la fecha de la firma en la Parte F.

☒ Antes de un año y en la fecha, el evento o la condición que se indica a continuación:

Parte F: Revisión y aprobación

He leído el contenido de este formulario. Entiendo, acepto y permito que Wellpoint utilice y divulgue mi información tal como lo he establecido anteriormente o según lo requiera la ley aplicable. También entiendo que la firma de este formulario es por voluntad propia. Entiendo que Wellpoint no requiere que firme este formulario para que yo reciba tratamiento o pago, o para inscripción o ser elegible para beneficios.

Tengo el derecho de revocar esta aprobación en cualquier momento dándole notificación escrita de mi revocación a Wellpoint. Entiendo que mi revocación de esta aprobación no afectará ninguna acción tomada antes de hacerlo. También entiendo que la información que es divulgada puede ser entregada por la persona o el grupo que la recibe. Si ocurre esto, ya no estaría protegida bajo la Norma de privacidad de la HIPAA. Tengo derecho a una copia de este formulario.

Firma del miembro o firma del tutor/representante legal designado

Fecha (MMDDYYYY)

X

Tutor/representante legal designado:

Llene esta sección solo si tiene documentación que respalde la representación legal.

Si este formulario está firmado por otra persona que no sea el miembro o padre, tal como un representante personal, representante legal o tutor a nombre del miembro, presente lo siguiente:

- ☐ Una copia del poder de representación general o duradero para cuidado médico.
- ☐ Una orden judicial u otra documentación que muestre la custodia u otra documentación legal que muestre la autoridad del representante legal para actuar a nombre del miembro.

Llene lo siguiente:

Representante legal (nombre completo en letra de imprenta)		Relación legal con el miembro	
Dirección física del representante legal	Ciudad	Estado	Código postal
Firma	Fecha (MMDDYYYY)		
X			

Regrese el formulario llenado a:

Asegúrese de conservar una copia de este formulario para sus registros.

Solo para uso interno:

Número de seguimiento de la consulta

Página 2 de 2

Formulario de autorización del miembro

Si necesita ayuda en español para entender este documento, puede solicitarla sin costo adicional, llamando al número de servicio al cliente que aparece al dorso de su tarjeta de identificación o en el folleto de inscripción. Este formulario debe ser llenado por un miembro si hay una solicitud para divulgar la información de salud del miembro a otra persona o compañía. Incluya tanta información como sea posible.

Parte A: Información del 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 de teléfono diurno (con código de área)	Número de teléfono celular/ móvil (con código de área)	Número de identificación (ver la tarjeta de identificación)	Número de grupo (ver la tarjeta de identificación)

Parte B: Persona o compañía que recibirá esta información

Las siguientes personas o compañías tienen derecho a recibir mi información. (Deben tener 18 años en adelante). Ingrese el nombre y apellido. Al ingresar el nombre/apellido a continuación, esa persona puede recibir mi información.	
Mi cónyuge (ingrese el nombre y apellido)	Mis padres (si usted es mayor de 18, ingrese el/los nombre[s] y apellido[s])
Mi pareja doméstica (ingrese el nombre y apellido)	Mi agente o corredor de seguro (ingrese el nombre de la compañía y el nombre y apellido, si los conoce)
Mis hijos adultos (escriba el/los nombre[s] y apellido[s])	Otra (ingrese el nombre y apellido [si los conoce], nombre de la compañía y cuál es su relación con usted)

Parte C: Información que puede ser divulgada

Autorizo a Wellpoint West Virginia, Inc. a utilizar o divulgar la siguiente información en mi nombre:

**Marque solo una casilla.**

☐ **Toda mi información.** Esto puede incluir salud, un diagnóstico (nombre de la enfermedad o condición), reclamaciones, médicos y otros proveedores de cuidados médicos e información financiera (como facturación e información bancaria). No incluye información sensible (ver a continuación) a menos que se apruebe a continuación.

☐ **Solo información limitada** se puede divulgar (marque todas las casillas a continuación que le apliquen).

<input type="checkbox"/> Apelación	<input type="checkbox"/> Elegibilidad e inscripción	<input type="checkbox"/> Referencia
<input type="checkbox"/> Beneficios y cobertura	<input type="checkbox"/> Financiera	<input type="checkbox"/> Tratamiento
<input type="checkbox"/> Facturación	<input type="checkbox"/> Expedientes médicos	<input type="checkbox"/> Dental
<input type="checkbox"/> Reclamaciones y pagos	<input type="checkbox"/> Certificación previa y autorización previa	<input type="checkbox"/> Visión
<input type="checkbox"/> Médico y hospital	(para aprobaciones de tratamiento)	<input type="checkbox"/> Farmacia
<input type="checkbox"/> Diagnóstico (nombre de la enfermedad o condición) y procedimiento (tratamiento): _____		

También apruebo la divulgación de los siguientes tipos de información sensible por parte de Wellpoint (marque todas las casillas que le apliquen):

☐ **Toda la información sensible** <sup>2</sup>

☐ **Solo la información sensible sobre los temas marcados a continuación**

<input type="checkbox"/> Abuso (sexual/físico/mental)	<input type="checkbox"/> VIH o SIDA	<input type="checkbox"/> Salud reproductiva <sup>3</sup>
<input type="checkbox"/> Trastorno por el uso de sustancias <sup>1,2</sup>	<input type="checkbox"/> Salud mental	(incluyendo aborto, maternidad, etc.)
<input type="checkbox"/> Estudios genéticos	<input type="checkbox"/> Enfermedades de transmisión sexual	

1 Especifique el periodo de los registros a ser divulgados:

\_\_\_\_\_  
Descripción de los registros que pueden 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 Wellpoint sobre mí. Entiendo que los registros sobre mi trastorno por el uso de sustancias están protegidos bajo las leyes y regulaciones de confidencialidad federales y estatales, y que no se pueden divulgar sin mi consentimiento por escrito, a menos que las leyes y regulaciones establezcan lo contrario. También entiendo que puedo revocar (o cancelar) esta aprobación en cualquier momento, o según se describe en la Parte E. Entiendo que no puedo cancelar esta aprobación cuando este formulario ya haya sido usado para divulgar información.

3 Salud reproductiva incluye, entre otros, infertilidad tanto masculina como femenina, maternidad, pérdida del embarazo, aborto espontáneo, planificación familiar, control de natalidad, aborto electivo y espontáneo y cualquier otro cuidado o servicio relacionado.

**Parte D: Propósito de esta aprobación: marque solo una casilla.**

☐ Dar la información que se muestra en este formulario

☒

☐ Por este (estos) motivo(s): \_\_\_\_\_

**Parte E: Fecha de vencimiento de su aprobación: marque solo una casilla**

Si todavía no se revocó este documento, esta aprobación terminará en alguna de las siguientes fechas, la que ocurra primero:

☐ Un año desde la fecha de la firma en la Parte F.

☒

☐ Antes de un año y en la fecha, el evento o la condición que se indica a continuación: \_\_\_\_\_

**Parte F: Revisión y aprobación**

He leído el contenido de este formulario. Entiendo, acepto y permito que Wellpoint utilice y divulgue mi información tal como lo he establecido anteriormente o según lo requiera la ley aplicable. También entiendo que la firma de este formulario es por voluntad propia. Entiendo que Wellpoint no requiere que firme este formulario para que yo reciba tratamiento o pago, o para inscripción o ser elegible para beneficios.

Tengo el derecho de revocar esta aprobación en cualquier momento dándole notificación escrita de mi revocación a Wellpoint. Entiendo que mi revocación de esta aprobación no afectará ninguna acción tomada antes de hacerlo. También entiendo que la información que es divulgada puede ser entregada por la persona o el grupo que la recibe. Si ocurre esto, ya no estaría protegida bajo la Norma de privacidad de la HIPAA. Tengo derecho a una copia de este formulario.

Firma del miembro o firma del tutor/representante legal designado

Fecha (MMDDYYYY)

☒

**Tutor/representante legal designado:**

**Llene esta sección solo si tiene documentación que respalde la representación legal.**

Si este formulario está firmado por otra persona que no sea el miembro o padre, tal como un representante personal, representante legal o tutor a nombre del miembro, presente lo siguiente:

- Una copia del poder de representación general o duradero para cuidado médico.

- ☒ Una orden judicial u otra documentación que muestre la custodia u otra documentación legal que muestre la autoridad del representante legal para actuar a nombre del miembro.

Llene lo siguiente:

Representante legal (nombre completo en letra de imprenta)

Relación legal con el miembro

Dirección física del representante legal

Ciudad

Estado

Código postal

Firma

Fecha (MMDDYYYY)

☒

**Regrese el formulario llenado a:**

HIPAA Team  
P.O. Box 9301  
Oxnard, CA 93031

**Asegúrese de conservar una copia de este formulario para sus registros.**

**Solo para uso interno:**

Número de seguimiento de la consulta