



Enviar a: Member Services  
1055 West 7<sup>th</sup> Street, 10<sup>th</sup> Floor  
Los Angeles, CA 90017  
FAX gratuito: 844-657-7272  
Para preguntas – *Medi-Cal*: 888-839-9909  
*L.A. Care Covered*: 855-270-2327  
*PASC-SEIU Plan*: 844-854-7272  
*Cal MediConnect*: 888-522-1298

## FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN DE USO Y DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA

La Parte I de este formulario le permite a L.A. Care usar o compartir su información médica protegida (*Protected Health Information*, PHI) con otras personas. La Parte II de este formulario le permite a usted nombrar a otra persona para que actúe en su nombre. Le pedimos que complete este formulario y lo envíe a la dirección indicada más arriba.

### PARTE I

SECCIÓN A: INFORMACIÓN SOBRE EL MIEMBRO		
Nombre del miembro:		
Dirección del miembro:		
Ciudad:	Estado:	Código postal:
Fecha de nacimiento:		
N.º de identificación del miembro:		
Teléfono:		

SECCIÓN B: AUTORIZACIÓN PARA USAR/DIVULGAR LA PHI
Al completar la Sección B, permito que L.A. Care y sus afiliadas usen o compartan mi PHI con la persona o agencia que se indica a continuación. Sé que esta autorización entrará en vigor cuando firme y envíe este formulario.
Nombre:
Nombre de la agencia (si corresponde):
Dirección:
Ciudad/estado/código postal:
Fecha de nacimiento:
Teléfono:



Enviar a: Member Services  
1055 West 7<sup>th</sup> Street, 10<sup>th</sup> Floor  
Los Angeles, CA 90017  
FAX gratuito: 844-657-7272  
Para preguntas – *Medi-Cal*: 888-839-9909  
*L.A. Care Covered*: 855-270-2327  
*PASC-SEIU Plan*: 844-854-7272  
*Cal MediConnect*: 888-522-1298

### SECCIÓN C: TIPO DE INFORMACIÓN

Al completar la Sección C, les manifiesto a L.A. Care y sus afiliadas qué tipos de PHI pueden usar o compartir con la persona/agencia que se indica en la Sección B. *(Marque todas las opciones que correspondan).*

- Información médica *(por ejemplo, solicitudes de autorización, registros de gestión de la atención médica, etc.)*
- Información sobre reclamos *(por ejemplo, registros de reclamos de farmacia, hospital o proveedores, etc.)*
- Información financiera *(por ejemplo, información sobre el pago de la prima, etc.)*
- Información sobre la inscripción *(por ejemplo, formulario de inscripción, fechas de inscripción, etc.)*
- Resultados de pruebas de VIH
- Información sobre tratamiento de problemas de salud mental
- Información sobre tratamiento de abuso de alcohol/drogas
- Otro (especifique):

### SECCIÓN D: FINALIDAD

Describa la finalidad o el motivo para compartir o usar la PHI.

- Legal
- Seguro
- Uso personal
- Otro (especifique):



Enviar a: Member Services  
1055 West 7<sup>th</sup> Street, 10<sup>th</sup> Floor  
Los Angeles, CA 90017  
FAX gratuito: 844-657-7272  
Para preguntas – *Medi-Cal*: 888-839-9909  
*L.A. Care Covered*: 855-270-2327  
*PASC-SEIU Plan*: 844-854-7272  
*Cal MediConnect*: 888-522-1298

### SECCIÓN E: FECHA DE VENCIMIENTO

Al completar la Sección E, le informo a L.A. Care cuándo mi PHI deberá dejar de usarse o compartirse con otras personas. *(Marque una sola opción).*

- Después de un año a partir de la fecha de hoy.
- Después de que cancele mi membresía o deje de estar cubierto por L.A. Care.
- A partir de esta fecha (mes, día y año):

### SECCIÓN F: DERECHO A REVOCARLA

Usted puede dejar esta autorización sin efecto en cualquier momento. Para ello, envíe una carta a:

**Member Services**

L.A. Care Health Plan  
1055 West 7<sup>th</sup> Street, 10<sup>th</sup> Floor  
Los Angeles, CA 90017  
Fax gratuito: 1-844-657-7272

Al enviar una carta para dejar esta autorización sin efecto, no cambiará la forma en que L.A. Care haya usado o compartido su PHI antes de recibir su carta.

### SECCIÓN G: RESTRICCIONES

Es posible que la persona que reciba PHI de parte de L.A. Care se la muestre a otras personas. En ese caso, es posible que su PHI deje de estar protegida por las Normas de Privacidad de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de los Seguros de Salud (*Health Insurance Portability and Accountability Act*, HIPAA).



Enviar a: Member Services  
1055 West 7<sup>th</sup> Street, 10<sup>th</sup> Floor  
Los Angeles, CA 90017  
FAX gratuito: 844-657-7272  
Para preguntas – *Medi-Cal*: 888-839-9909  
*L.A. Care Covered*: 855-270-2327  
*PASC-SEIU Plan*: 844-854-7272  
*Cal MediConnect*: 888-522-1298

## SECCIÓN H: DERECHOS DE LOS MIEMBROS

Usted tiene derecho a consultar o recibir una copia de la PHI que se use o comparta en virtud de esta autorización. Usted puede dejar esta autorización sin efecto en cualquier momento. *(Consulte la Sección F).*

No está obligado a completar este formulario. El hecho de no completar este formulario no afectará su capacidad de inscribirse en L.A. Care, obtener beneficios o recibir el pago de sus reclamos.

Usted tiene derecho a recibir una copia de esta autorización.

## SECCIÓN I: FIRMA

**Al firmar la Sección I, le permito a L.A. Care compartir la PHI marcada en la Sección C con la persona/agencia que se indica en la Sección B. He leído este formulario y sé lo que significa.**

Fecha de hoy:

Firma del miembro o representante personal:

Si firma el representante, indique la relación:

## TERMINAR

Si solo desea que L.A. Care comparta la PHI con la persona/agencia que se indica en la Sección B, firme la Sección I y envíe este formulario al funcionario a cargo de la privacidad de L.A. Care, a la dirección que figura en la esquina superior derecha de este formulario.

Si también desea permitir que alguien actúe en su nombre (como para cambiar de médico o ayudarle con una queja), pase a la página siguiente.



Enviar a: Member Services  
1055 West 7<sup>th</sup> Street, 10<sup>th</sup> Floor  
Los Angeles, CA 90017  
FAX gratuito: 844-657-7272  
Para preguntas – *Medi-Cal*: 888-839-9909  
*L.A. Care Covered*: 855-270-2327  
*PASC-SEIU Plan*: 844-854-7272  
*Cal MediConnect*: 888-522-1298

## PARTE II

La Parte II le permite nombrar a otra persona, como un familiar, para que actúe en su nombre, incluso si usted puede hacerlo por sí mismo. Si no desea que alguien actúe en su nombre, pero está de acuerdo con que compartamos la PHI con otra persona, simplemente complete la Parte I y envíela a la dirección indicada en la esquina superior derecha de este formulario.

### **SECCIÓN J: AUTORIZACIÓN PARA ACTUAR EN MI NOMBRE**

Al completar la Sección J, permito que esta(s) persona(s) actúe(n) en mi nombre para los fines detallados en la Sección K. Sé que esta designación entrará en vigor cuando firme y envíe este formulario.

Nombre:

Nombre de la agencia (si corresponde):

Dirección:

Ciudad/estado/código postal:

Fecha de nacimiento:

Teléfono:

Nombre:

Nombre de la agencia (si corresponde):

Dirección:

Ciudad/estado/código postal:

Fecha de nacimiento:

Teléfono:



Enviar a: Member Services  
1055 West 7<sup>th</sup> Street, 10<sup>th</sup> Floor  
Los Angeles, CA 90017  
FAX gratuito: 844-657-7272  
Para preguntas – *Medi-Cal*: 888-839-9909  
*L.A. Care Covered*: 855-270-2327  
*PASC-SEIU Plan*: 844-854-7272  
*Cal MediConnect*: 888-522-1298

### SECCIÓN K: OBLIGACIONES ASIGNADAS

Al completar la Sección K, permito que la(s) persona(s) mencionada(s) en la Sección J actúe(n) en mi nombre para realizar cambios en: *(Marque todas las opciones que correspondan).*

Información médica *(por ejemplo, ayudar con solicitudes de autorización, gestión de la atención médica, etc.)*

Información sobre reclamos *(por ejemplo, ayudar con cuestiones relacionadas con reclamos, etc.)*

Información financiera *(por ejemplo, cambiar mi información sobre el pago de la prima, etc.)*

Información sobre la inscripción *(por ejemplo, cambiar mi proveedor médico, grupo médico o plan de salud, etc.)*

Otro (especifique):

### SECCIÓN L: FECHA DE VENCIMIENTO DE LA DESIGNACIÓN

Al completar la Sección L, le informo a L.A. Care cuándo dejará(n) de actuar en mi nombre la(s) persona(s) mencionada(s) en la Sección J. *(Marque una sola opción).*

La(s) persona(s) mencionada(s) en la Sección J dejará(n) de actuar en mi nombre después de un año a partir de la fecha de hoy.

La(s) persona(s) mencionada(s) en la Sección J dejará(n) de actuar en mi nombre después de cancelar mi membresía o de dejar de estar cubierto por L.A. Care.

La(s) persona(s) mencionada(s) en la Sección J dejará(n) de actuar en mi nombre a partir de esta fecha (mes, día y año):



Enviar a: Member Services  
1055 West 7<sup>th</sup> Street, 10<sup>th</sup> Floor  
Los Angeles, CA 90017  
FAX gratuito: 844-657-7272  
Para preguntas – *Medi-Cal*: 888-839-9909  
*L.A. Care Covered*: 855-270-2327  
*PASC-SEIU Plan*: 844-854-7272  
*Cal MediConnect*: 888-522-1298

### SECCIÓN M: RESTRICCIONES

Al completar la Parte I de este formulario, permitirá que L.A. Care comparta su PHI. Al completar la Parte II de este formulario, permitirá que la(s) persona(s) mencionada(s) en la Sección J actúe(n) en su nombre. Es posible que L.A. Care no le pida su autorización antes de permitir que la(s) persona(s) mencionada(s) en la Sección J actúe(n) en su nombre.

### SECCIÓN N: DERECHO A REVOCARLA

Usted puede dejar sin efecto, en cualquier momento, su autorización para que la(s) persona(s) mencionada(s) en la Sección J actúe(n) en su nombre. Para ello, envíe una carta a:

**Member Services**

L.A. Care Health Plan  
1055 West 7<sup>th</sup> Street, 10<sup>th</sup> Floor  
Los Angeles, CA 90017  
Fax gratuito: 1-844-657-7272

### SECCIÓN O: FIRMA

**Al firmar la Sección O, permito que la(s) persona(s) mencionada(s) en la Sección J actúe(n) en mi nombre para las obligaciones detalladas en la Sección K.**

Fecha de hoy:

Firma del miembro o representante personal:

Si firma el representante, indique la relación: