



DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN HIPAA

PROPÓSITO: Usted puede otorgar permiso a KelseyCare Advantage para compartir su información médica personal con una persona u organización. Para hacerlo, complete y firme este formulario. Este formulario autoriza la divulgación de información a la persona que se indica a continuación, incluyendo la información de cobertura del plan, los montos de las primas y cómo usted las paga, la información de referidos, facturación, referidos, reclamaciones, farmacia, cambios de dirección postal y número de teléfono y consultas de elegibilidad.

La persona no puede cambiar su plan, hacer una solicitud de servicio, apelar o presentar una queja por usted. Si usted se mudó, la persona no puede cambiar su dirección física. Usted, su poder notarial, tutor o custodio debe informarnos del cambio.

Información de miembro de KelseyCare Advantage (esta sección debe ser completada)

Nombre del miembro		Número de ID de Medicare o de seguro	
Dirección			
Ciudad		Estado	Código Postal
Número de teléfono	Fecha de nacimiento		Correo electrónico

¿Con quién desea compartir su información? (esta sección debe ser completada)

Nombre del representante		Relación con el miembro/beneficiario	
Dirección (opcional)			
Ciudad		Estado	Código postal
Número de teléfono			

Su autorización: (esta sección debe ser completada)

He leído y entiendo esta información. Puedo revocar o cambiar esta autorización en cualquier momento por escrito a KelseyCare Advantage; y la revocación será efectiva excepto en la medida en que KelseyCare Advantage ya haya usado o divulgado información en relación con esta Autorización. La Ley de

Portabilidad y Responsabilidad de Seguro Médico (HIPAA) protege su información médica, pero no podemos controlar lo que sucede con su información después de compartirla con la persona u organización que usted nombre en este formulario. En ese momento, es posible que la HIPAA o las leyes de privacidad federales no protejan su información, ya que podría compartirse con otros.

Al firmar este formulario, reconozco que he leído y comprendido esta información. Tengo derecho a recibir una copia de este formulario.

Firma del miembro de KelseyCare Advantage

Firma del representante autorizado

Por la presente acepto la designación anterior.

Fecha

Fecha

Duración

En la mayoría de los casos, el permiso para compartir información médica personal finaliza en su último día como miembro del plan o usted nos escribe y nos informa para finalizarlo. La fecha efectiva es válida a partir de la fecha de la firma, a menos que se revoque.

Envíe el formulario por correo, correo electrónico o fax a:

Correo:

KelseyCare Advantage
P.O. Box 841569
Pearland, Texas 77584

Correo electrónico: memberservices@kelseycareadvantage.com

Fax: (713) 442-5450