



## 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)

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

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

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

**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**

---

**Fecha**

---

**Firma del representante autorizado**

---

**Fecha**

Por la presente, acepto la cita anterior

### **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](mailto:memberservices@kelseycareadvantage.com)

**Fax:** (713) 442-5450