



429 N. Pennsylvania Street, Suite 109  
Indianapolis, IN 46204

## Autorización para el uso y la divulgación de información médica

### Notice to Member:

- Completing this form will allow Managed Health Services (MHS) 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 MHS 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.
- MHS 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

**Managed Health Services**  
**ATTN: Compliance Department**  
**429 N. Pennsylvania Street, Suite 109**  
**Indianapolis, IN 46204**

---

### Aviso al afiliado:

- Completar este formulario permitirá a Managed Health Services (MHS) (i) utilizar su información médica para un propósito particular o (ii) compartir su información médica con la persona o entidad que usted identifique en este formulario.
- No es obligatorio que de permiso para utilizar ni compartir su información médica. Sus servicios y beneficios con MHS no se verán afectados si no envía este formulario.
- Si desea cancelar este formulario de autorización, envíenos una solicitud por escrito para revocarlo a la dirección que se encuentra al final de la página. Se le puede proporcionar un formulario de revocación si llama a Servicios para Afiliados al número telefónico que se encuentra en el reverso de su tarjeta de identificación de afiliado.
- MHS no puede garantizar que la persona ni el grupo con el que nos permita compartir su información médica no la compartirá con otra persona.
- Guarde una copia de todos los formularios completados que nos envíe. Podemos enviarle copias en caso de necesitarlas.
- Si necesita ayuda, comuníquese con Servicios para Afiliados al número telefónico que se encuentra en el reverso de su tarjeta de identificación de afiliado.
- Complete toda la información en este formulario. Cuando termine, envíelo por correo postal junto con cualquier documentación respaldatoria a la siguiente dirección:

**Managed Health Services**  
**ATTN: Compliance Department**  
**429 N. Pennsylvania Street, Suite 109**  
**Indianapolis, IN 46204**

**LEA LAS INSTRUCCIONES DETENIDAMENTE Y COMPLETE EL FORMULARIO A CONTINUACIÓN. NO SE ACEPTAN FORMULARIOS INCOMPLETOS.**

**1 INFORMACIÓN DEL AFILIADO:**

Nombre del afiliado (*en letra de imprenta*): \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento del afiliado: \_\_\_\_\_ Número de identificación del afiliado: \_\_\_\_\_

**2 DOY PERMISO A MHS PARA UTILIZAR MI INFORMACIÓN MÉDICA CON EL PROPÓSITO IDENTIFICADO O PARA COMPARTIR MI INFORMACIÓN MÉDICA CON LA PERSONA O EL GRUPO QUE SE MENCIONA A CONTINUACIÓN. EL PROPÓSITO DE LA AUTORIZACIÓN ES (*marque una de las opciones a continuación*):**

- permitir que MHS me ayude con mis beneficios y servicios, **O**
- permitir que MHS use o comparta mi información médica para \_\_\_\_\_

**3 PERSONA O GRUPO QUE RECIBIRÁ LA INFORMACIÓN (*agregue más personas o grupos en la siguiente página*):**

Nombre (persona o grupo): \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: Teléfono: ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

**4 AUTORIZO A MHS A UTILIZAR O COMPARTIR LA SIGUIENTE INFORMACIÓN MÉDICA (*NOTA: Seleccione la primera declaración para divulgar TODA la información médica o seleccione la declaración de abajo para divulgar solo UNA PARTE de la información médica. NO se pueden seleccionar las dos*).**

- Toda mi información médica, INCLUIDO lo siguiente:**  
Información, servicios o resultados de exámenes genéticos; datos y registros de VIH/SIDA; datos y registros de salud mental (no incluye notas de psicoterapia); datos y registros de medicamentos recetados/medicamentos, y datos y registros del consumo de drogas y alcohol (especifique cualquier información sobre trastornos por abuso de sustancias que se pueda divulgar).

**O BIEN**

- Toda mi información médica, EXCEPTO (*marque todas las casillas que correspondan*):**
  - Información, servicios o exámenes genéticos
  - Datos y registros de SIDA o VIH
  - Datos y registros del consumo de drogas y alcohol
  - Datos y registros de salud mental (no incluye notas de psicoterapia)
  - Datos y registros de medicamentos recetados/medicamentos
  - Otra información: \_\_\_\_\_

**5 ESTA AUTORIZACIÓN EXPIRA EN LA SIGUIENTE FECHA O EVENTO:** \_\_\_\_\_

*Fecha en la que expira esta autorización, a menos que se cancele. Si este campo está en blanco, la autorización expira un año después de la fecha de la firma a continuación.*

**6 FIRMA DEL AFILIADO O DEL REPRESENTANTE LEGAL:**

**FECHA:** \_\_\_\_\_

**SI ES EL REPRESENTANTE LEGAL, indique la relación con el afiliado:** \_\_\_\_\_  
*Si usted es el representante legal o personal del afiliado, debe enviarnos copias de formularios relevantes, como un poder notarial o una orden de tutela.*

**PERSONAS INDIVIDUALES O GRUPOS ADICIONALES QUE RECIBIRÁN INFORMACIÓN:**

NOTA: Si da su consentimiento para divulgar cualquier registro de trastornos por abuso de sustancias a un destinatario que no es un tercero pagador ni un proveedor de atención médica, centro ni programa en el que recibe servicios de un proveedor tratante, como un intercambio de seguro médico o un centro de investigación (de aquí en adelante, "entidad receptora"), deberá especificar el nombre de una persona o entidad de la que recibe servicios por parte de un proveedor tratante en esa entidad receptora, o simplemente indicar que sus registros de trastornos por abuso de sustancias se pueden divulgar a sus proveedores de tratamiento actuales y futuros en esa entidad receptora.

Nombre (persona o entidad): \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código \_\_\_\_\_ Teléfono ) - \_\_\_\_\_

Nombre (persona o entidad): \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código \_\_\_\_\_ Teléfono ) - \_\_\_\_\_

Nombre (persona o entidad): \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código \_\_\_\_\_ Teléfono ) - \_\_\_\_\_

Nombre (persona o entidad): \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código \_\_\_\_\_ Teléfono ) - \_\_\_\_\_

Nombre (persona o entidad): \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código \_\_\_\_\_ Teléfono ) - \_\_\_\_\_

Nombre (persona o entidad): \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código \_\_\_\_\_ Teléfono ) - \_\_\_\_\_

Nombre (persona o entidad): \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código \_\_\_\_\_ Teléfono ) - \_\_\_\_\_

