



HEALTH PLAN OF NEVADA  
A UnitedHealthcare Company

## AUTORIZACIÓN PARA REVELAR INFORMACIÓN PROTEGIDA DE SALUD

Esto no es un Poder legal duradero para decisiones de atención médica This authorization is voluntary. La información que usted nos autorice a revelar puede volver a ser revelada por el destinatario y si la persona o la organización autorizada para recibir la información no es un plan de salud o un proveedor de atención médica, es posible que la información ya no esté protegida por las normas federales de privacidad. Usted tiene derecho a revocar cualquier autorización escrita, a menos que ya hayamos actuado sobre la base de esta autorización, escribiéndonos a

Health Plan of Nevada, Inc.  
Attn. Member Services Department  
P. O. Box 15645  
Las Vegas, NV 89114-5645

Nosotros no podemos hacer que su tratamiento, pago, inscripción o beneficios de elegibilidad dependan de que complete esta autorización.

Los números de esta hoja de instrucciones corresponden directamente a los números en el formulario de autorización (es decir, el número 1 de estas instrucciones le indica cómo rellenar la línea 1 del formulario).

- #1. Anote su nombre completo (nombre y apellido), con letra legible. Escriba sólo un miembro por formulario.
- #2. Anote su número de identificación de 11 dígitos (en su credencial de identificación puede decir Member # o Medical Identification #, example 999999999-00). Escriba sólo un miembro por formulario.
- #3. Anote el nombre de la persona o personas a quienes usted nos autoriza que revelemos esta información. Por favor, anote el nombre complete (es decir, nombre y apellido) y la dirección de la persona u organización en letra legible.
- #4. Debe especificar la información que quiere que revele HPN. Puede marcar la primera casilla para información sobre elegibilidad, beneficios, resolución de reclamaciones, estado de autorización previa y asignación de medico de atención primaria Y/O puede indicar otra información que desea que revelen marcando la segunda casilla y escribiendo la información específica en el espacio reservado. Puede seleccionar una de las opciones o las dos. **La información sobre el diagnóstico y tratamiento de abuso de sustancias está protegida por las leyes federales de confidencialidad (42 C.F.R. Parte 2). La revelación de dicha información requiere llenar el Consentimiento de Divulgación de Información Confidencial de Salud bajo el 42 C.F.R. Parte 2 – Confidencialidad de Archivos de Abuso del Alcohol y de Drogas.**
- #5. Al firmar esta autorización, certifica que entiende que HPN va a revelar esta información con su autorización.
- #6. You Usted puede decidir cuánto tiempo durará la autorización. Seleccione solamente una opción. Si selecciona una fecha de vencimiento específica o un acontecimiento, tiene que incluir información adicional, como por ejemplo la fecha específica (31/dic/2008 ó 01/enero/2999) o el acontecimiento específico (por ejemplo, hasta que me den de alta del hospital Valley Hospital). Los siguientes son ejemplos de fechas de vencimiento no aceptables: “Sin fecha de vencimiento”, “Para siempre” o “Indefinidamente.
- #7. La firma del miembro y la fecha son obligatorias. Si un representante personal del miembro firma el formulario, ese representante personal deberá proporcionar la documentación legítima que comprueba que tiene autorización para actuar en nombre del miembro.

# AUTORIZACIÓN PARA REVELAR INFORMACIÓN PROTEGIDA DE SALUD

DEBE COMPLETAR TODOS LOS CAMPOS. UN MIEMBRO POR FORMULARIO.

*Consulte las instrucciones.*

1. Nombre del miembro: \_\_\_\_\_

2. Número del miembro: (xxxxxxxx-xx) \_\_\_\_\_

3. Autorizo a Health Plan of Nevada, Inc. ("HPN") a revelar mi información protegida de salud designada en el apartado número 4 a continuación a la siguiente persona u organización:

Nombre de la persona o entidad: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Dirección Ciudad Estado Código postal

\_\_\_\_\_  
Teléfono (xxx-xxx-xxxx) Mobile (xxx-xxx-xxxx) Fax (xxx-xxx-xxxx)

4. Autorizo a HPN a revelar:

Información sobre elegibilidad, beneficios, resolución de reclamaciones, estado de autorización previa y asignación de médico de atención primaria Y/O

La siguiente información específica\*:

\* La información respecto al diagnóstico o tratamiento de abuso de sustancias requiere llenar el Consentimiento de Divulgación de Información Confidencial de Salud bajo el 42 C.F.R. Parte 2 – Confidencialidad de Archivos de Abuso del Alcohol y de Drogas.

Propósito de la revelación: Entiendo que HPN va a revelar la información designada en el apartado número 4 anterior en respuesta a mi solicitud.

5. Esta autorización permanecerá vigente a partir de la fecha en que se firmó más abajo, hasta (marque solo una):

La fecha en que me dé de baja del plan de salud

Un año a partir de la fecha en que firme esta autorización

La fecha de vencimiento específica (MM/DD/YYYY): \_\_\_\_\_

Cuando ocurra el siguiente acontecimiento: \_\_\_\_\_

7. Firma del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del representante autorizado: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
(si el miembro es menor de edad y no se está revelando información médica sensible o si el miembro está legalmente discapacitado)

\_\_\_\_\_  
Nombre en letra de molde Relación con el miembro

Autoridad legal: \_\_\_\_\_

**Se debe incluir la documentación de la autoridad legal del representante.**

DEBE COMPLETAR TODOS LOS CAMPOS. Los formularios de autorización incompletos no son válidos y no se aceptarán. Si necesita ayuda adicional para rellenar el formulario o si tiene preguntas, llame a Servicios a los Miembros. El número de Servicios a los Miembros se encuentra al reverso de su credencial de identificación.