



Autorización para compartir información de salud personal (ASPI)

¿CUÁL ES EL PROPÓSITO DE ESTE FORMULARIO?

Puede usar este formulario para otorgar permiso a Bright HealthCare, o a uno de sus afiliados, para compartir su información de salud personal (PHI) con una persona o una organización de su elección. Bright HealthCare puede usar este formulario para obtener su permiso para solicitar su PHI de un tercero en particular, como una compañía de seguros anterior o un proveedor no participante.

PREGUNTAS FRECUENTES

¿Cuánto tiempo dura el permiso?

El permiso para compartir su PHI finaliza en su último día como miembro del plan o cuando nos informe por escrito que desea finalizar su permiso.

¿Cómo finalizo el permiso para compartir mi PHI?

Deberá escribirnos (con firma y fecha) a la dirección a continuación y conservar una copia de sus documentos.

¿Qué sucede si me niego a firmar este formulario?

No está obligado a firmar este formulario; sus beneficios de salud no se verán afectados.

¿Qué sucede con mi información de salud después de que Bright HealthCare la comparte?

Bright HealthCare se toma muy en serio su información privada. Bright HealthCare comparte esta información solo con las personas y para los propósitos autorizados en este formulario. Sin embargo, no podemos controlar qué le sucede a su información después de que la compartimos con la persona o la organización que nombra en este formulario.

Mande el formulario completado a la siguiente dirección:

Bright HealthCare
P.O. Box 1357
Portland, ME 04104
Fax: **888-546-0407**



Autorización para compartir información de salud personal

INFORMACIÓN DE MIEMBRO (*Obligatorio)

Nombre completo: _____ Identificación del miembro: _____

TIPO Y CANTIDAD DE INFORMACIÓN A COMPARTIR (*Obligatorio)

El tipo y la cantidad de información que autorizo a compartir es la siguiente:

- Información de reclamos médicos
- Información de reclamos de farmacia
- Información sobre autorizaciones o apelaciones*
- Otros (describa): _____
- Todo, excepto: _____

PERMISO PARA COMPARTIR MI INFORMACIÓN PERSONAL

Autorizo a _____ (Bright HealthCare o nombre del proveedor) a compartir los registros mencionados anteriormente con _____ (persona en organización/entidad) en : _____ (dirección).

VENCIMIENTO Y REVOCACIÓN DE LA AUTORIZACIÓN

Entiendo que mi autorización permanecerá vigente hasta el último día de la cobertura o hasta el ___/___/____ (fecha), lo que ocurra primero. Entiendo que puedo revocar/cancelar esta autorización en cualquier momento enviando una carta a Bright HealthCare. Entiendo que esta revocación no aplicará a la información que ya ha sido divulgada en respuesta a mi autorización inicial.

DERECHO A CONSERVAR UNA COPIA DE LA AUTORIZACIÓN

Entiendo que tengo derecho a conservar o recibir una copia de este formulario de autorización.

SU PERMISO (*Obligatorio)

Firma: _____ Fecha: ___/___/____

- Marque la casilla si usted es padre/madre/tutor legal o representante autorizado/poder notarial (incluya la documentación con este formulario).

Nota: Cuando firma este formulario, acepta lo siguiente: Bright HealthCare y sus empresas relacionadas tienen permiso para compartir mi información de salud personal con la persona o la organización mencionadas en la sección anterior o para solicitar mi información de salud personal de un tercero en particular. Entiendo que los documentos solicitados pueden contener información sobre atención médica o reclamos específicos. También pueden contener información creada por otros.

*Esta autorización NO permite que el delegado nombrado actúe en mi nombre con relación a decisiones de atención médica, apelaciones, quejas o inscripción.