



## **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 1697  
Portland, ME 04104  
Fax: **877-587-9134**



## 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.