



FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN

Para Permitir el Uso y Divulgación de Información Protegida de Salud

PROPÓSITO DE ESTE FORMULARIO: Este Formulario de Autorización es para ser usado cuando una persona desea darle a otra persona acceso a su información de salud. Si se completa, WPS Health Plan, Inc. dba Arise Health Plan (Arise), una filial de propiedad absoluta de Wisconsin Physicians Service Ins. Co., podrá divulgar y recibir de la persona autorizada en este formulario su información de salud.

Sección 1. Persona a la que afecta este formulario

Por favor proporcione la siguiente información para identificar a la persona sujeta a la información que será usada o divulgada. Dicha persona generalmente será usted mismo, a menos que usted sea el Representante Personal de la persona. Los padres son generalmente considerados Representantes Personales de sus dependientes menores de edad.

Nombre: _____

Dirección: _____

Ciudad, Estado, Código Postal: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Número de Miembro de Arise: _____

Teléfono de la casa: _____ Teléfono del trabajo: _____

Sección 2. Información a usarse o divulgarse

Marque una de las casillas que describa la información de salud que usted autoriza a ser usada o divulgada:

- TODA** – Marque si usted desea que *toda* su información de salud sea divulgada a las personas nombradas en la Sección 5 o a Arise, o:
- ESPECÍFICA** – Marque si desea que sea divulgada sólo la siguiente información *específica* de salud (*debe escribir la información específica*):

Sección 3. Propósito del uso o divulgación

Marque una casilla que indique el propósito del uso o divulgación solicitados de su información de salud:

- Marque si la divulgación es "a solicitud de la persona" (o del Representante Personal de la persona), o:
- Marque si la divulgación es sólo para los siguientes propósitos específicos (*debe escribir los propósitos específicos*):

Sección 4. Personas autorizadas a divulgar su información de salud

Al completar y firmar este Formulario de Autorización, usted autoriza a Arise a **divulgar** su información de salud para los propósitos indicados en la Sección 3. Si usted desea autorizar a otras personas u organizaciones a que divulguen su información de salud además de Arise (tales como un médico, hospital, compañía aseguradora, etc.), entonces marque esta casilla:

- Marque para autorizar a las siguientes personas u organizaciones a **divulgar** su información de salud (debe escribir las personas/organizaciones específicas):

Sección 5. Personas autorizadas a recibir su información de salud

Al completar y firmar este Formulario de Autorización, usted autoriza a Arise a **recibir** su información de salud para los propósitos indicados en la Sección 3. Si usted desea autorizar a otras personas u organizaciones a que reciban su información de salud además de Arise (tales como un amigo, cónyuge, familiar, abogado, doctor, compañía aseguradora, etc.), entonces marque esta casilla:

- Marque si autoriza a las siguientes personas u organizaciones a **recibir** su información de salud (debe escribir la persona/organización específica):

Sección 6. Revocación y Firma

Entiendo que tengo el derecho de revocar en cualquier momento esta autorización entregando una declaración de revocación por escrito a Arise. Entiendo que mi revocación no entrará en vigencia hasta ser recibida por Arise y no será vigente en relación a los usos y/o divulgaciones de mi información de salud que Arise haya hecho antes de recibir mi revocación. Si la autorización fue obtenida como una condición para obtener cobertura médica, otras leyes otorgan a Arise el derecho a refutar una reclamación de servicios bajo la póliza o bajo la póliza misma. Una copia de este formulario tendrá la misma validez que el original.

Entiendo que no tengo obligación de firmar este formulario y que Arise no podrá decidir el pago, inscripción a un plan de salud o elegibilidad de beneficios basado en mi decisión de firmar esta autorización, a menos que esta autorización sea necesaria para determinar la suscripción del plan de salud, elegibilidad, evaluación de riesgos y/o clasificación de riesgo. Entiendo que una vez que la información haya sido divulgada de acuerdo con esta autorización, ya no será protegida bajo las leyes federales de privacidad y puede ser divulgada a su vez por la persona o entidades que la reciben. Tengo derecho a mantener una copia de este formulario para mis archivos.

Esta autorización se vencerá la primera de las siguientes fechas: 30 meses a partir de la fecha de firma o el

-Indique la fecha, o evento relacionado con usted (el Cliente) o el propósito de esta autorización-

Su Firma o la Firma de su Representante Personal

Por favor escriba su nombre:

Fecha:

SI ES FIRMADA POR UN REPRESENTANTE PERSONAL, DESCRIBA LA AUTORIDAD DEL REPRESENTANTE PARA ACTUAR EN REPRESENTACIÓN DEL CLIENTE (ADJUNTE CUALQUIER PRUEBA CORRESPONDIENTE, TALES DOCUMENTOS COMO CUSTODIA O PODER NOTARIAL):