

Autorización para utilizar y divulgar información de salud

The Wellcare logo consists of the word "wellcare" in a lowercase, sans-serif font, positioned inside a white circle. The circle is partially obscured by a black curved shape on the right side of the page.

Attn: Enrollment Department - CCP
Wellcare Health Plans Inc
PO Box 31378
Tampa FL 33631
Fax: 1-866-473-9124

Aviso para el miembro:

- Al completar este formulario, autoriza a Wellcare Health Plan (i) a utilizar su información de salud para un propósito en particular o (ii) a compartir su información de salud con la persona o entidad que indica en este formulario.
- No tiene la obligación de autorizar el uso o la divulgación de su información de salud. Los servicios y beneficios que recibe de Wellcare no cambiarán si decide no enviar este formulario.
- Si desea cancelar la autorización otorgada en este formulario, envíenos una solicitud por escrito para revocarla a la dirección que se indica al final de esta página. Pueden proporcionarle un formulario de revocación si llama a Servicios al Miembro al número de teléfono que aparece al dorso de su tarjeta de identificación (ID) de miembro.
- Wellcare no puede garantizar que la persona o el grupo con quien nos permite compartir su información de salud no la divulguen a otra persona.
- Guarde una copia de todos los formularios completos que nos envía. Podemos enviarle copias si las necesita.
- Si necesita ayuda, comuníquese con Servicios al Miembro al número de teléfono que aparece al dorso de su tarjeta de ID de miembro.
- Complete toda la información solicitada en este formulario. Cuando termine, envíe el formulario y cualquier documentación de respaldo por correo a la siguiente dirección:

Attn: Enrollment Department - CCP
Wellcare Health Plans Inc
PO Box 31378
Tampa FL 33631
Fax: 1-866-473-9124

Lea atentamente las instrucciones y complete el siguiente formulario. No se aceptan formularios incompletos.

1 Información del miembro:

Nombre del miembro (*en letra de imprenta*): _____

Fecha de nacimiento del miembro: _____ Número de ID de miembro: _____

2 Autorizo a Wellcare a utilizar mi información de salud con el propósito que se indica o a compartirla con la persona o el grupo que se menciona a continuación. El propósito de la autorización es (*marque una de las opciones*):

Permitir que Wellcare me ayude con mis beneficios y servicios.

Permitir que Wellcare utilice o comparta mi información de salud para _____ .

3 Persona o grupo que recibirá información (*agregue otras personas o grupos en la siguiente página*):

Nombre (persona o grupo): _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____ Teléfono: (_____) _____ - _____

4 Autorizo a Wellcare a utilizar o compartir la siguiente información de salud

(*NOTA: Seleccione el primer enunciado para divulgar TODA la información de salud o seleccione el segundo enunciado para divulgar solo una PARTE de la información de salud. NO se pueden seleccionar ambos.*)

Toda mi información de salud, INCLUIDO LO SIGUIENTE:

Información o servicios genéticos o resultados de pruebas genéticas; registros e información sobre HIV/sida; registros e información sobre salud mental (excepto notas de psicoterapia); registros e información sobre medicamentos recetados; y registros e información sobre consumo de drogas y alcohol (especifique cualquier información sobre trastornos por consumo de sustancias que pueda divulgarse).

O

Toda mi información de salud, EXCEPTO LO SIGUIENTE (*marque solo las casillas que correspondan*):

Información, pruebas o servicios genéticos.

Registros e información sobre salud mental (excepto notas de psicoterapia).

Registros e información sobre sida o HIV.

Registros e información sobre medicamentos recetados.

Registros e información sobre consumo de drogas y alcohol.

Otra: _____

5 Esta autorización pierde vigencia en la siguiente fecha/evento: _____

Fecha en la que pierde vigencia esta autorización, a menos que se cancele. Si no se completa este campo, la autorización expira después de un año a partir de la fecha en que se firma, la cual se indica a continuación.

6 Firma del miembro o representante legal: _____

Fecha: _____

Si firma el representante legal, indicar la relación con el miembro: _____

*Si es el representante legal o personal del miembro, **debe enviarnos copias de los formularios pertinentes, como poder notarial u orden de tutela.***

COMPLETE Y ENVÍE POR CORREO EL FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN Y CUALQUIER DOCUMENTACIÓN DE RESPALDO A LA SIGUIENTE DIRECCIÓN:

Attn: Enrollment Department - CCP Wellcare Health Plans Inc

P.O. Box 31378, Tampa, FL 33631

Fax: 1-866-473-9124

Personas o grupos adicionales que recibirán información:

NOTA: Si otorga su consentimiento para divulgar registros sobre trastornos por consumo de sustancias a un receptor que no sea un tercero responsable de los pagos ni un proveedor de atención de salud, centro o programa en el que recibe servicios de un proveedor tratante, como un mercado de seguros de salud o un centro de investigación (en adelante, "entidad receptora"), debe especificar el nombre de la persona de quien recibe servicios o la entidad en la que un proveedor tratante le brinda servicios en esa entidad receptora, o simplemente indicar que sus registros sobre trastornos por consumo de sustancias pueden divulgarse a sus proveedores tratantes actuales y futuros en esa entidad receptora.

Nombre (persona o entidad): _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____ Teléfono: (_____) _____ - _____

Nombre (persona o entidad): _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____ Teléfono: (_____) _____ - _____

Nombre (persona o entidad): _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____ Teléfono: (_____) _____ - _____

Nombre (persona o entidad): _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____ Teléfono: (_____) _____ - _____

Nombre (persona o entidad): _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____ Teléfono: (_____) _____ - _____

Nombre (persona o entidad): _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____ Teléfono: (_____) _____ - _____

Nombre (persona o entidad): _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____ Teléfono: (_____) _____ - _____