



Insurance Company, Inc.

Consentimiento para miembros sobre la divulgación de información médica protegida

Utilice este formulario para permitir que Care N' Care comparta su información médica protegida (PHI) con un individuo o con una organización.

Miembro que otorga el consentimiento

Este formulario puede utilizarse solamente para un miembro. Presente un formulario separado para cada miembro.

Nombre _____ Fecha de nacimiento _____

Número de identificación de la persona inscrita _____

(número en la tarjeta de identificación que comienza con 1 a 3 letras) _____

Dirección _____ Teléfono de día _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Información médica protegida a compartir (marque una)

- Toda la información (incluida la información personal, médica y demográfica, las quejas, la facturación y los registros médicos)
- Solamente información limitada (como la información sobre tratamientos específicos, fechas de servicio o detalles de la facturación)
- Describa _____

Marque debajo si también le gustaría incluir cualquiera de la siguiente información altamente protegida (conocida como Super PHI):

- Registros sobre el abuso de sustancias (incluido el alcoholismo)
- Registros sobre tratamientos para el SIDA o VIH
- Servicios de salud mental (no incluye las notas de la psicoterapia)

Persona u organización que puede recibir su información

Nota: Si se comparte información con una persona u organización que no está obligada por ley a respetar las leyes de privacidad, la información puede compartirse con otros y deja de estar protegida.

Escriba en letra imprenta el nombre y el apellido de la persona y el nombre de la organización lo más detallado posible (por ejemplo, nombre del hospital y departamento).

Nombre completo del receptor: _____

Marque la casilla a continuación que describa su relación con la persona u organización.

- Familiar
- Amigo
- Médico o proveedor de atención médica
- Otra (describa): _____

El formulario continúa en la página 2.

Vencimiento y cancelación

Este permiso vencerá (marque solamente una casilla):

- En esta fecha (mes, día, año MM/DD/AAAA) _____
- Al cancelar o con mi fallecimiento

Comprendo que puedo cancelar esta autorización en cualquier momento presentando una solicitud por escrito en un formulario estándar disponible en línea en cnchealthplan.com o llamando al número que aparece en la portada posterior de mi tarjeta de identificación. Comprendo que la cancelación no se aplicará a la información que ha sido divulgada mediante esta autorización.

Autorización y firma

Permito el uso y la divulgación de mi información médica protegida como se describió anteriormente. Esta información se divulga a pedido mío. Comprendo que mi tratamiento, pago, inscripción o elegibilidad para los beneficios no depende de si firmo o no esta autorización.

Firma del miembro

Firme aquí: _____ Fecha: _____

IMPORTANTE: Lea el formulario detalladamente y asegúrese de que incluyó toda la información necesaria.

No podemos pedirle información adicional por teléfono, fax ni correo electrónico. Si falta información, tendremos que comunicarnos con usted y solicitarle un nuevo formulario.

Envíe por correo postal el formulario de consentimiento completo a:

Care N' Care Insurance Company
1603 Lyndon B. Johnson Freeway, Suite 300
Farmers Branch, TX 75234

Care N' Care Insurance Company, Inc. (Care N' Care) es un plan HMO y PPO que tiene un contrato con Medicare. La inscripción en Care N' Care depende de la renovación del contrato. Esta información no es una descripción completa de los beneficios. Llame al 1-877-374-7993 (TTY: 711) para obtener más información. ATTENTION: If you speak Spanish, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-877-374-7993 (TTY 711). ATENCIÓN: si habla español, tendrá a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-877-374-7993 (TTY 711).