



Autorización de divulgación de información médica protegida

Cuando se llena, este formulario significa la autorización del miembro que permite la divulgación de información médica protegida a otra persona/entidad. Para agilizar su autorización, por favor escriba legiblemente en letra de molde con tinta negra o azul y devuélvalo según se le indique.

Información del miembro/paciente

Nombre	Fecha de Nacimiento (dd/mm/aaaa)	No. de identificación
Nombre del empleado	No. de grupo	

Autorización

Comprendo que en relación con la disposición de servicios a miembros que hay para mí, Ardon Health tiene cierta información médica protegida que me concierne. Autorizo a Ardon Health a usar y divulgar una copia de mi información médica protegida a:

Nombre	Relación		
Dirección	Ciudad	Estado	Código postal

Para el propósito de (seleccione uno):

Analizar toda la información relacionada con mi cobertura de seguro, tratamiento y pago.

Otro (favor de especificar el propósito): _____

Mi información médica protegida incluye registros médicos, registros de emergencia y de atención de urgencia, estados de cuenta, informes de diagnóstico por imágenes, informes hospitalarios transcritos, notas del cuadro clínico, informes de laboratorio, registros dentales, informes de patología, registros de fisioterapia, registros hospitalarios (incluidos los registros de enfermería y notas de progreso), y cualquier información personal o médica relacionada con el propósito de esta autorización. La información obtenida con esta autorización será utilizada para el propósito definido anteriormente y se limitará a la información mínima necesaria para lograr el mismo.

Procederán leyes complementarias relativas al uso y la divulgación de la información si la información divulgada contiene alguno de los tipos de registros

o información enumerados a continuación.

- Información sobre pruebas o resultados de VIH/SIDA y registros relacionados
- Diagnóstico sobre drogas y alcohol, tratamiento o información de referencia
- Salud reproductiva
- Información sobre pruebas genéticas
- Información de salud mental

Comprendo que tengo el derecho de negarme a firmar esta autorización. El hecho de que me niegue a firmar esta autorización no afectará mi inscripción en un plan de salud ni mi derecho de participación para los beneficios de salud.

Tengo el derecho de revocar esta autorización por escrito en cualquier momento. Si revoco esta autorización, la información descrita anteriormente ya no será utilizada o divulgada por las razones cubiertas por esta autorización escrita. Cualquier uso o divulgación que ya se haya hecho con mi permiso no puede ser revocado.

Para revocar esta autorización, por favor envíe una declaración por escrito a: Ardon Health, Privacy Office at 601 S.W. Second Ave., Portland, OR 97204 y especifique que usted está revocando esta autorización.

Comprendo que la información utilizada o divulgada de conformidad con esta autorización puede estar sujeta a una nueva divulgación y que ya no estará protegida por la ley federal. Sin embargo, también entiendo que la ley federal o estatal puede restringir la divulgación de la prueba del VIH/SIDA o de la información de resultados, información de salud mental, información genética y diagnóstico de drogas/alcohol, tratamiento o información de referencia.

A menos que sea revocada, esta autorización entrará en vigencia hasta la siguiente (seleccione una):

Fecha: _____ / _____ / _____ (sin exceder de 24 meses a partir de la fecha de la firma)*

Suceso: _____
(El suceso estará limitado a un máximo de 24 meses. Enumerar un suceso como "Muerte", "Finalización de la póliza" o "Hasta que sea revocado" son ejemplos de sucesos inválidos que darán lugar a que esta autorización sea declarada inválida).

Al firmar abajo, acepto que he revisado y entendido esta autorización

Firma del individuo X	Fecha de la firma
--------------------------	-------------------

o

Firma del representante del individuo X	Fecha de la firma
Nombre del representante en letra de molde	Relación**

*Si no se presenta una fecha (si se deja en blanco), la autorización estará limitada a 24 meses a partir de la fecha de la firma.

**Por favor, adjunte documentación legal si usted es el tutor legal, el custodio legal o el titular de un poder notarial o tiene otra autoridad legal para el miembro.

Todos los campos deben ser llenados para que esta autorización sea válida. El miembro debe conservar una copia del formulario lleno.

¿Preparado para presentar su autorización?

Envíe este formulario por correo a Ardon Health, PO Box 20338, Portland Or 97294. O por fax al 855-425-4096.

¿Tiene alguna pregunta? Llame al 855-425-4085 o visite modahealth.com.

Nondiscrimination notice



We follow federal civil rights laws. We do not discriminate based on race, color, national origin, age, disability, gender identity, sex or sexual orientation.

We provide free services to people with disabilities so that they can communicate with us. These include sign language interpreters and other forms of communication.

If your first language is not English, we will give you free interpretation services and/or materials in other languages.

If you need any of the above, call Customer Service at:

1-888-361-1611 (TRS: 711)

If you think we did not offer these services or discriminated, you can file a written complaint. Please mail or fax it to:

Washington State Rx Services
Attention: Appeal Unit
PO Box 40168
Portland, OR 97240-0168
Fax: 1-866-923-0412

If you need help filing a complaint, please call Customer Service.

You can also file a civil rights complaint with the U.S. Department of Health and Human Services Office for Civil Rights at ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf, or by mail or phone:

U.S. Department of Health
and Human Services
200 Independence Ave. SW, Room 509F
HHH Building, Washington, DC 20201
800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)

You can get Office for Civil Rights complaint forms at hhs.gov/ocr/office/file/index.html.

Dave Nessler-Cass coordinates our nondiscrimination work:

Dave Nessler-Cass,
Chief Compliance Officer
601 SW Second Ave.
Portland, OR 97204
855-232-9111
compliance@modahealth.com



ATENCIÓN: Si habla español, hay disponibles servicios de ayuda con el idioma sin costo alguno para usted. Llame al 1-888-361-1611 (TRS: 711).

CHÚ Ý: Nếu bạn nói tiếng Việt, có dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí cho bạn. Gọi 1-888-361-1611 (TRS: 711)

注意：如果您說中文，可得到免費語言幫助服務。請致電 1-888-361-1611 (聾啞人專用 TRS: 711)

주의: 한국어로 무료 언어 지원 서비스를 이용하시려면 다음 연락처로 연락해주시기 바랍니다. 전화 1-888-361-1611 (TRS: 711)

PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, ang mga serbisyong tulong sa wika, ay walang bayad, at magagamit mo. Tumawag sa numerong 1-888-361-1611 (TRS: 711)

تنبيه: إذا كنت تتحدث العربية، فهناك خدمات مساعدة لغوية متاحة لك مجاناً. اتصل برقم (الهاتف النصي) 1-888-361-1611 (TRS: 711)

بولتے ہیں تو لسانی (URDU) توحب دیں: اگر آپ اردو اعانت آپ کے لیے بلا معاوضہ دستیاب ہے۔ 1-888-361-1611 (TRS: 711) پر کال کریں

ВНИМАНИЕ! Если Вы говорите по-русски, воспользуйтесь бесплатной языковой поддержкой. Позвоните по тел. 1-888-361-1611 (текстовый телефон TRS: 711).

ATTENTION : si vous êtes locuteurs francophones, le service d'assistance linguistique gratuit est disponible. Appelez au 1-888-361-1611 (TRS: 711)

توجه: در صورتی کہ بہ فارسی صحبت می کنید، خدمات ترجمہ بہ صورت رایگان برای شما موجود است. با (TRS: 711) 1-888-361-1611 تماس بگیرید.

ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं, तो आपको भाषाई सहायता बिना कोई पैसा दिए उपलब्ध है। 1-888-361-1611 पर कॉल करें (TRS: 711)

Achtung: Falls Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos Sprachassistentendienste zur Verfügung. Rufen sie 1-888-361-1611 (TRS: 711)

注意：日本語をご希望の方には、日本語サービスを無料で提供しております。1-888-361-1611 (TRS:、テレタイプライターをご利用の方は711)までお電話ください。

અગત્યનું: જો તમે (બાબાંતર કરેલ બાબાં અહીં દર્શાવેલ) બોલો છો તો તે બાબાં તમારે માટે વિના મૂલ્યે સહાય ઉપલબ્ધ છે. 1-888-361-1611 (TRS: 711) પર કોલ કરો

ໂປດຊາວ: ຖ້າທ່ານເວົ້າພາສາລາວ, ການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາແມ່ນມີໃຫ້ທ່ານໂດຍບໍ່ເສັຍຄ່າ. ໂທ 1-888-361-1611 (TRS: 711)

УВАГА! Якщо ви говорите українською, для вас доступні безкоштовні консультації рідною мовою. Зателефонуйте 1-888-361-1611 (TRS: 711)

ATENȚIE: Dacă vorbiți limba română, vă punem la dispoziție serviciul de asistență lingvistică în mod gratuit. Sunați la 1-888-361-1611 (TRS: 711)

THOV CEEB TOOM: Yog hais tias koj hais lus Hmoob, muaj cov kev pab cuam txhais lus, pub dawb rau koj. Hu rau 1-888-361-1611 (TRS: 711)

ត្រូវចងចាំ: បើអ្នកនិយាយភាសាខ្មែរ ហើយត្រូវការសេវាកម្មជំនួយផ្នែកភាសាដោយឥតគិតថ្លៃ គឺមានផ្តល់ជូនលោកអ្នក។ សូមទូរស័ព្ទទៅកាន់លេខ 1-888-361-1611 (TRS: 711)

HUBACHIISA: Yoo afaan Kshtik kan dubbattan ta'e tajaajiloonni gargaarsaa isiniif jira 1-888-361-1611 (TRS: 711) tiin bilbilaa.

โปรดทราบ: หากคุณพูดภาษาไทย คุณสามารถใช้บริการช่วยเหลือด้านภาษาได้ฟรี โทร 1-888-361-1611 (TRS: 711)

FA'AUTAGIA: Afai e te tautala i le gagana Samoa, o loo avanoa fesoasoani tau gagana mo oe e le togotia. Vala'au i le 1-888-361-1611 (TRS: 711)

IPANGAG: Nu agsasaoka iti Ilocano, sidadaan ti tulong iti lengguahe para kenka nga awan bayadna. Umawag iti 1-888-361-1611 (TRS: 711)

UWAGA: Dla osób mówiących po polsku dostępna jest bezpłatna pomoc językowa. Zadzwoń: 1-888-361-1611 (obsługa TRS: 711)