

Autorización para Usar y Divulgar Información de Salud



Aviso para el Afiliado:

- Si completa este formulario, permitirá que Allwell de Absolute Total Care (i) use su información de salud para un propósito particular o (ii) comparta su información de salud con la persona o entidad que usted identifique en este formulario.
- No es obligatorio que firme este formulario ni que otorgue permiso para usar o compartir su información de salud. Sus servicios y beneficios con Allwell no cambiarán si no firma este formulario.
- Si desea cancelar este formulario de autorización, envíenos una solicitud por escrito para revocarlo a la dirección que figura en la parte inferior de esta página. Puede recibir un formulario de revocación si llama al Departamento de Servicios al Afiliado.
- Allwell no puede prometer que la persona o el grupo con los que nos permita compartir su información de salud no la divulgarán ante otra persona.
- Guarde una copia de todos los formularios completados que nos envíe. Podemos enviarle copias si las necesita.
- Complete toda la información en este formulario. Una vez que termine, envíelo por correo a la dirección que figura en la parte inferior de la primera página.

.....

INFORMACIÓN DEL AFILIADO:

Nombre del afiliado (en letra de imprenta): _____

Fecha de nacimiento del afiliado: _____ Número de identificación del afiliado: _____

Otorgo permiso a Allwell para utilizar mi información de salud con el propósito identificado o compartir mi información de salud con la persona o el grupo mencionados a continuación. El propósito de la autorización es el siguiente:

- permitirle a Allwell ayudarme con mis beneficios y servicios; o bien
- permitirle a Allwell utilizar o compartir mi información de salud para _____.

PERSONA O GRUPO QUE RECIBIRÁ LA INFORMACIÓN (añada más personas o grupos en la página 2):

Nombre (persona o grupo): _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Teléfono: (_____) _____ - _____

AUTORIZO A Allwell A UTILIZAR O COMPARTIR LA SIGUIENTE INFORMACIÓN DE SALUD:

- Toda mi información de salud, QUE INCLUYE:** información, servicios o resultados de análisis genéticos; datos y registros sobre VIH/SIDA; datos y registros de salud mental (pero sin notas de psicoterapia); datos y registros sobre medicamentos/fármacos que requieren receta médica; y datos y registros sobre consumo de drogas y alcohol (Especifique la información de trastornos por abuso de sustancias que se puede divulgar: _____); **O BIEN**
- Toda mi información de salud EXCEPTO (marque todas las casillas que correspondan):**
 - Información, servicios o análisis genéticos
 - Datos y registros sobre SIDA o VIH

- Datos y registros sobre consumo de drogas y alcohol
- Datos y registros sobre salud mental (pero no notas de psicoterapia)
- Datos y registros sobre medicamentos/fármacos que requieren receta médica
- Otra: _____

Fecha de finalización de la autorización: __ / __ / __ (fecha en la que finaliza la autorización, a menos que se cancele)

Firma del afiliado: _____ **Fecha:** ____/____/____
 (El afiliado o el representante legal deben firmar aquí).

Vínculo con el afiliado: _____

Si usted es el representante personal del afiliado, envíenos copias de esos formularios (como un poder legal o una orden judicial de tutela).

PERSONAS INDIVIDUALES O ENTIDADES ADICIONALES QUE RECIBIRÁN LA INFORMACIÓN

NOTA: Si usted autoriza a divulgar cualquier registro de trastorno por abuso de sustancias a un destinatario que no sea un tercero responsable de los pagos ni un proveedor de atención de salud, un centro o un programa donde recibe servicios de un proveedor responsable del tratamiento, como un mercado de seguros de salud o una institución de investigación (en adelante, "entidad destinataria"), debe especificar el nombre de una persona que le brinde servicios o la entidad donde recibe servicios de un proveedor responsable del tratamiento en esa entidad destinataria, o simplemente declarar que sus registros de trastorno por abuso de sustancias pueden ser divulgados a los proveedores actuales y futuros responsables de su tratamiento en esa entidad destinataria.

Nombre (persona o entidad): _____

Dirección: _____

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

Nombre (persona o entidad): _____

Dirección: _____

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

Nombre (persona o entidad): _____

Dirección: _____

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

Nombre (persona o entidad): _____

Dirección: _____

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

Nombre (persona o entidad): _____

Dirección: _____

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

Nombre (persona o entidad): _____

Dirección: _____

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

Nombre (persona o entidad): _____

Dirección: _____

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



Section 1557 Non-Discrimination Language Notice of Non-Discrimination

Allwell complies with applicable federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex. Allwell does not exclude people or treat them differently because of race, color, national origin, age, disability, or sex.

Allwell:

- Provides free aids and services to people with disabilities to communicate effectively with us, such as qualified sign language interpreters and written information in other formats (large print, accessible electronic formats, other formats).
- Provides free language services to people whose primary language is not English, such as qualified interpreters and information written in other languages.

If you need these services, contact Allwell's Member Services at: 1-855-766-1497 (HMO and HMO SNP) (TTY: 711). From October 1 to February 14, you can call us 7 days a week from 8 a.m. to 8 p.m. From February 15 to September 30, you can call us Monday through Friday from 8 a.m. to 8 p.m. A messaging system is used after hours, weekends, and on federal holidays.

If you believe that Allwell has failed to provide these services or discriminated in another way on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex, you can file a grievance by calling the number above and telling them you need help filing a grievance; Allwell's Member Services is available to help you.

You can also file a civil rights complaint with the U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights, electronically through the Office for Civil Rights Complaint Portal, available at <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf> or by mail or phone at: U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue SW, Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201, 1-800-368-1019 (TDD: 1-800-537-7697).

Complaint forms are available at <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.



Section 1557 Non-Discrimination Language
Multi-Language Interpreter Services

SPANISH	ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-855-766-1497 (HMO and HMO SNP) (TTY: 711).
CHINESE	注意：如果您說中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-855-766-1497 (HMO and HMO SNP) (TTY: 711)。
VIETNAMESE	CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-855-766-1497 (HMO and HMO SNP) (TTY: 711).
KOREAN	주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-855-766-1497 (HMO and HMO SNP) (TTY: 711) 번으로 전화해 주십시오.
FRENCH	ATTENTION: Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-855-766-1497 (HMO and HMO SNP) (TTY: 711).
TAGALOG	PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-855-766-1497 (HMO and HMO SNP) (TTY: 711).
RUSSIAN	ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-855-766-1497 (HMO and HMO SNP) (TTY: 711).
GERMAN	ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: 1-855-766-1497 (HMO and HMO SNP) (TTY: 711).
GUJARATI	સુચના: જો તમે ગુજરાતી બોલતા હો તો નિશુલ્ક ભાષા સહાય સેવાઓ તમારા માટે ઉપલબ્ધ છે. ફોન કરો 1-855-766-1497 (HMO and HMO SNP) (TTY: 711).
ARABIC	تنبيه: إذا كنت تتحدث العربية، فإن خدمات المساعدة اللغوية المجانية متاحة لك. يُرجى الاتصال بالرقم. 1-855-766-1497 (HMO and HMO SNP) (م ك ب ل ا و م ص ل ا ف ت ا ه م ق ر : 711).
PORTUGUESE	ATENÇÃO: Se fala português, encontram-se disponíveis serviços linguísticos, grátis. Ligue para 1-855-766-1497 (HMO and HMO SNP) (TTY: 711).
JAPANESE	注意事項：日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。1-855-766-1497 (HMO and HMO SNP) (TTY: 711) まで、お電話にてご連絡ください。
UKRAINIAN	УВАГА! Якщо ви розмовляєте українською мовою, ви можете звернутися до безкоштовної служби мовної підтримки. Телефонуйте за номером 1-855-766-1497 (HMO and HMO SNP) (TTY: 711).
HINDI	ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं तो आपके लिए मुफ्त में भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं। 1-855-766-1497 (HMO and HMO SNP) (TTY: 711).
MON-KHMER, CAMBODIAN	ប្រយ័ត្ន: បើសិនជាអ្នកនិយាយ ភាសាខ្មែរ, សេវាជំនួយផ្នែកភាសា ដោយមិនគិតល្អៗ គឺអាចមានសំរាប់អ្នក។ ចូរ ទូរស័ព្ទ 1-855-766-1497 (HMO and HMO SNP) (TTY: 711).