

AUTORIDAD DE SALUD DE SAN FRANCISCO **FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN Y DIVULGACIÓN ESTÁNDAR**

Las leyes federales requieren que San Francisco Health Plan (SFHP) proteja la privacidad de información que lo identifica y se relacione a sus condiciones y salud mental pasada, presente y futura ("información médica protegida").

Completar este formulario autoriza el uso/divulgación de información médica protegida, como se establece a continuación, conforme a la ley federal y a la de California respecto a la privacidad de dicha información. **Si no proporciona *toda* la información solicitada, puede invalidar esta autorización.**

AVISO DE DERECHOS Y OTRA INFORMACIÓN

- Puedo negarme a firmar esta autorización.
- Puedo revocar esta autorización en cualquier momento. Mi revocación debe ser por escrito, firmada por mí o en mi nombre y entregada a la siguiente dirección:
San Francisco Health Plan
Attn: Compliance Officer
P.O. Box 194247
San Francisco, CA 94119
- Mi revocación entrará en vigencia cuando SFHP la reciba. Sin embargo, la revocación no estará vigente en la medida en que SFHP u otros han actuado en base a esta autorización después de la fecha de vigencia de la autorización y antes de la fecha de revocación.
- Tengo derecho de recibir una copia de esta autorización por medio de una solicitud por escrito.
- Ni el tratamiento, pago, inscripción o elegibilidad para obtener beneficios estarán condicionados a que proporcione o me niegue a proporcionar esta autorización.
- La divulgación de información según esta autorización podría ser divulgada de nuevo por el receptor y puede ser que ya no esté protegida por las leyes federales de confidencialidad. Sin embargo, la ley de California prohíbe que la persona que reciba mi información médica protegida, haga futuras divulgaciones de la misma, a menos que se obtenga otra autorización para tal divulgación de parte mía o a menos que la ley solicite o permita específicamente tal divulgación.
- Puedo inspeccionar u obtener una copia de la información médica protegida que será utilizada o divulgada bajo esta autorización, con la solicitud por escrito a SFHP.
- Comprendo y acepto que esta autorización continuará teniendo validez mientras yo me encuentre inscrito con SFHP, sujeto a todos los otros parámetros definidos en esta autorización, incluso la fecha de vencimiento y mi derecho de revocar esta autorización en cualquier momento.

Después de firmar, haga una copia de esta autorización para sus registros
y luego envíela por correo o fax de regreso a:

San Francisco Health Plan
Attn: Compliance Officer
P.O. Box 194247
San Francisco, CA 94119
Fax: 1(415) 547-7825

USO Y DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA

Por este medio autorizo el uso/divulgación de mi información médica protegida de la siguiente manera:

Información Demográfica del Miembro:

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Dirección: _____

Ciudad, Estado, Código Postal _____ Teléfono #: _____

Plan de Salud: _____ # de Identificación: _____

Personas/Organizaciones autorizadas para *divulgar* la información médica protegida:

San Francisco Health Authority d/b/a San Francisco Health Plan

Personas/Organizaciones autorizadas para *divulgar* la información médica protegida: _____

Propósito del uso/divulgación solicitada: _____

Esta autorización aplica a la siguiente información médica protegida (seleccione *solo* uno de los siguientes):

- Toda la información médica protegida relacionada a cualquier historial médico, condición física o mental y tratamiento recibido.
- Toda la información médica protegida relacionada a cualquier historial médico, condición física o mental y tratamiento recibido, con excepción de: _____
- Solamente los siguientes registros o tipos de información médica protegida (inclusive cualquier fecha): _____

FECHA DE VIGENCIA Y VENCIMIENTO

Esta autorización entra en vigencia el _____ y vencerá el _____.

FIRMA DEL MIEMBRO/REPRESENTANTE PERSONAL

Fecha: _____ Hora: _____ am/pm

Firma: _____
(miembro/representante personal)

Si lo firma otra persona que no sea el miembro, escriba abajo en letra de molde su nombre y su relación legal con el miembro:

Si tiene deficiencia auditiva, llame a la línea de TDD/TTY al **1(415) 547-7830**, al número de llamada gratuita **1(888) 883-7347** o por medio de California Relay Service al **711**. Puede solicitar este documento en otros formatos, como Braille, letra grande y audio. Para solicitar otros formatos o para solicitar ayuda con la lectura de este documento y otros materiales de SFHP, llame a Atención al Cliente al **1(415) 547-7800** o al número de llamada gratuita al **1(800) 288-5555**.