

## PERMISO PARA USAR Y COMPARTIR INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA (PHI) INFORMACIÓN PARA MIEMBROS:

Nombre del miembro		Fecha de nacimiento	
Número de identificación UHA		Número de teléfono	
Dirección del miembro (ciudad, estado, código postal)			
Correo			

### PERSONAS A LAS QUE UN MIEMBRO PERMITE RECIBIR INFORMACIÓN MÉDICA PERSONAL (PHI):

Nombre			
Número de teléfono		Relación	
Dirección del miembro (ciudad, estado, código postal)			
Correo	Fecha de nacimiento		

Autorización para cambiar la información según sea necesario (marque con un círculo):  
Sí | No

Nombre			
Número de teléfono		Relación	
Dirección del miembro (ciudad, estado, código postal)			
Correo	Fecha de nacimiento		

Autorización para cambiar la información según sea necesario (marque con un círculo):  
Sí | No

### TIPO DE INFORMACIÓN QUE SE PERMITE RECIBIR:

Si la información compartida contiene alguno de estos tipos de registros o información que se enumeran a continuación, otras leyes protegen estas cuatro áreas. Si quiero que se comparta esta información, colocaré mis iniciales en el espacio proporcionado:

	Información sobre el VIH/SIDA		Información sobre salud mental
	Información sobre pruebas genéticas		Información sobre diagnóstico, tratamiento y derivación de drogas/alcohol

La información proporcionada en este formulario no estará protegida por la ley federal. Otras leyes pueden limitar el uso de la información sobre el VIH/SIDA, la información sobre salud mental, la información sobre las pruebas genéticas y la información sobre el

diagnóstico, el tratamiento o la derivación de drogas o alcohol. **Al firmar este formulario, permito que la UHA comparta la PHI que figura en la lista.**

**DERECHOS DE LOS MIEMBROS:**

Entiendo:

- Tengo derecho a no firmar este formulario.
- Si no firmo este formulario, no afectará a mi plan de salud ni a la cobertura de la UHA.
- Tengo derecho a cancelar este permiso por escrito en cualquier momento.
- Si cancelo este permiso, la información indicada anteriormente ya no se utilizará.
- No se puede retirar ningún uso o información que ya se haya dado con mi permiso.

**PERMISO PARA USAR Y COMPARTIR INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA (PHI)**

**ACEPTAR Y FIRMAR**

- Permiso que Umpqua Health Alliance CCO y sus socios compartan la PHI que se muestra a continuación con las personas que figuran en este formulario.
- Acepto que he leído este formulario y lo entiendo.

Firma		Fecha	
Nombre de impresión			
Número de teléfono			

**A menos que cancele este permiso, este formulario tendrá una validez de UN AÑO (12 meses) a partir de la fecha de mi firma o hasta esta fecha anterior: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.**

Si no soy el miembro, soy:	<input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Tutor legal <input type="checkbox"/> Poder notarial para el cuidado de la salud <input type="checkbox"/> Representante de salud
----------------------------	--

**TENGA EN CUENTA:**

- **Si usted es el tutor legal o el titular de un poder notarial para el cuidado de la salud del afiliado, adjunte la documentación legal.**
  - o **Incluya también una fotocopia de una licencia de conducir válida o una identificación oficial de las personas que indicó en el formulario.**
- **Los niños de las siguientes edades DEBEN firmar este formulario para divulgar su PHI a cualquier persona o centro:**
- **14 años o más: dependencia química**
- **15 años o más: todas las demás afecciones médicas**

**ENVÍE ESTE FORMULARIO AL SERVICIO DE ATENCIÓN AL CLIENTE DE UHA MEDIANTE UNA DE LAS SIGUIENTES OPCIONES:**

- **Fax:** 541-677-6038
- **Correo electrónico:** UHCustomerCare@umpquahealth.com
- **Correo:** 3031 NE Stephens St.  
Attn: UHA Customer Care  
Roseburg, OR 97471

**Get this information in any language or format for free. All interpretation services are free. Call 541-229-4842 (TTY 711).  
Obtenga esta información de forma gratuita en cualquier idioma o formato. Todos los servicios de interpretación son gratuitos. Llame al 541-229-4842 (TTY 711).**