

Autorización para Divulgar Información de Salud

Aviso al miembro:

- Si llena este formulario permitirá que **Nebraska Total Care** divulgue su información de salud a la persona o al grupo que usted identifique abajo.
- No tiene que firmar este formulario ni dar permiso para divulgar su información de salud. Sus servicios y beneficios con **Nebraska Total Care** no cambiarán si no firma este formulario.
- Derecho a cancelar (revocar): Cuando quiera cancelar este Formulario de Autorización, llene el Formulario de Revocación en la página siguiente y envíenoslo a la dirección que está al final de la página.
- **Nebraska Total Care** no puede prometer que la persona o el grupo con quien usted quiere divulgar su información de salud no la divulgará a alguien más.
- Mantenga una copia de todos los formularios llenados que nos envíe. **Nebraska Total Care** le puede enviar copias si las necesita.
- Llene toda la información en este formulario. Cuando termine, envíelo a la dirección que está al final de la página.

Member Information:

Nombre del miembro (letra de imprenta): _____

Fecha de nacimiento del miembro: _____

Número de ID del miembro: _____

Doy permiso a Nebraska Total Care para que divulgue mi información de salud a la persona o al grupo (que recibe) que se indica abajo. El propósito de la autorización es ayudarme con los beneficios y servicios de Nebraska Total Care.

Información de la persona que recibe la información:

Nombre (persona o grupo): _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____ Teléfono: _____

Nebraska Total Care puede divulgar esta información de salud: (marque todas las que correspondan):

- Toda mi PHI; **O**
- Toda mi PHI **EXCEPTO:**
 - Información sobre medicamentos/medicación recetados
 - Información sobre el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) o el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)
 - Información sobre tratamiento para el abuso de alcohol y/o sustancias
 - Servicios de salud del comportamiento o información sobre atención psiquiátrica
 - Otro: _____

Fecha de finalización de la autorización: _____
(fecha en que la autorización termina a menos que se cancele)

Firma del miembro: _____ **Fecha:** _____
(El miembro o representante legal firma aquí)

Si firma por el miembro, describa su relación más abajo. Si es el representante personal del miembro, describa esto abajo y envíenos copias de esos formularios (como por ejemplo poder notarial u orden judicial de custodia legal).

Relación: _____

Enviar a:

Nebraska Total Care
Attn: Privacy Officer
2525 N. 117th Ave., Suite 100
Omaha, NE, 68164

Teléfono: 1-844-385-2192 (TTY 711)