

Autorización para divulgar información médica

Aviso para miembros:

- Completar este formulario le permitirá a Superior HealthPlan compartir su información médica con la persona o grupo al que usted identifique a continuación.
- No tiene que firmar este formulario o dar permiso para compartir su información médica. Sus servicios y beneficios con Superior HealthPlan no cambiarán si usted no firma este formulario.
- Derecho a cancelar (revocar): Si desea cancelar este formulario de autorización, llene el formulario de revocación que está en la siguiente página y envíela por correo a la dirección en la parte inferior de la página.
- Superior no puede prometer que la persona o grupo con la/el que nos permita compartir su información médica no la compartirá con alguien más.
- Mantenga una copia de todos los formularios completados que usted nos envía. Podemos enviarle copias si las necesita.
- Llene toda la información en este formulario. Cuando haya terminado, envíela a la dirección que se encuentra en la parte inferior de la página.

Información del miembro:

Nombre del miembro (a mano imprenta): _____

Fecha de nacimiento del miembro: ___/___/___ Número de identificación de Medicaid: _____

Le doy permiso a Superior HealthPlan de compartir mi información médica con la persona o grupo nombrado a continuación. El propósito de la autorización es para ayudarme con mis beneficios y servicios de Superior HealthPlan.

Información del destinatario:

Nombre (persona o grupo): _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____ Teléfono: (____) ____ - _____

Superior HealthPlan puede compartir esta información médica: (marque todas las casillas que correspondan)

Toda mi información médica; **O**

Toda mi información médica **EXCEPTO:**

Información sobre fármacos/medicamentos recetados

Información sobre el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) o Virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)

Información sobre el tratamiento para el abuso de alcohol y/o sustancias

Servicios de la salud del comportamiento o información de atención psiquiátrica

Otro: _____

Fecha del fin de la autorización: ___/___/___

Firma del miembro: _____ Fecha: ___/___/___

(Miembro o Representante Legal, firme aquí)

Si está firmando por el miembro, describa su relación a continuación. Si usted es representante personal del miembro, describa esto a continuación y envíenos copias de los formularios (tales como orden de tutela o poder notarial).

Envíe a: Superior HealthPlan Attn: Compliance Department, 2100 South IH-35, Suite 200, Austin TX 78704
Teléfono: 1-800-783-5386 o Relay Texas (TDD/TTY) 1-800-735-2989