



**superior
healthplan™**
5900 E. Ben White Blvd.
Austin, TX 78741

Authorization to Use and Disclose Health Information

Notice to Member:

- Completing this form will allow Superior HealthPlan to (i) use your health information for a particular purpose, and/or (ii) share your health information with the individual or entity that you identify on this form.
- You do not have to give permission to use or share your health information. Your services and benefits with Superior will not change if you do not submit this form.
- If you want to cancel this authorization form, send us a written request to revoke it at the address on the bottom of this page. A revocation form can be provided to you by calling Member Services at the phone number on the back of your member ID card.
- Superior cannot promise that the person or group you allow us to share your health information with will not share it with someone else.
- Keep a copy of all completed forms that you send to us. We can send you copies if you need them.
- If you need help, contact Member Services at the phone number on the back of your member ID card.
- Fill in all the information on this form. When finished, mail the form and any supporting documentation to

Superior HealthPlan
ATTN: Compliance Department
5900 E. Ben White Blvd.
Austin, TX 78741

Aviso para el afiliado:

- Al completar este formulario, le permitirá a Superior HealthPlan (i) utilizar su información de salud para un propósito específico y/o (ii) compartir su información de salud con la persona o entidad que identifique aquí.
- No tiene obligación de autorizar que se utilice o comparta su información de salud. Si no envía este formulario, los servicios y beneficios que recibe de Superior no cambiarán.
- Si desea cancelar este formulario de autorización, envíenos una solicitud por escrito para revocarlo a la dirección que aparece en la parte inferior de esta página. Si quiere que le proporcionemos un formulario de revocación, llame a los Servicios para afiliados al número telefónico que aparece en la parte posterior de su tarjeta de identificación de afiliado.
- Superior no puede prometer que la persona o el grupo con el que nos permite compartir su información de salud no la compartirá con alguien más.
- Mantenga una copia de todos los formularios completados que usted nos envía. Podemos enviarle copias si las necesita.
- Si necesita ayuda, llame a los Servicios para afiliados al número telefónico que aparece en la parte posterior de su tarjeta de identificación de afiliado.
- Complete toda la información en este formulario. Cuando termine, envíe por correo postal el formulario y la documentación de apoyo, si la hubiera, a la siguiente dirección:

Superior HealthPlan
ATTN: Compliance Department
5900 E. Ben White Blvd.
Austin, TX 78741

POR FAVOR, LEA LAS INSTRUCCIONES ATENTAMENTE Y COMPLETE EL FORMULARIO QUE APARECE DEBAJO. NO SE ACEPTAN FORMULARIOS INCOMPLETOS.

1 INFORMACIÓN DEL AFILIADO:

Nombre del afiliado (*en letra de imprenta*): _____

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

2 AUTORIZO A SUPERIOR HEALTHPLAN A UTILIZAR MI INFORMACIÓN DE SALUD PARA EL PROPÓSITO IDENTIFICADO O A COMPARTIRLA CON LA PERSONA O EL GRUPO MENCIONADOS DEBAJO. EL PROPÓSITO DE ESTA AUTORIZACIÓN ES (*marque una opción debajo*):

Autorizar a Superior a ayudarme con mis servicios y beneficios, **O**

Autorizar a Superior a utilizar o compartir mi información de salud para _____

3 PERSONA O GRUPO QUE RECIBIRÁ LA INFORMACIÓN (*agregue más personas o grupos en la página siguiente*):

Nombre (persona o grupo): _____

Dirección: _____

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

4 AUTORIZO A SUPERIOR A UTILIZAR O COMPARTIR LA SIGUIENTE INFORMACIÓN DE SALUD (*NOTA: Seleccione la primera afirmación para divulgar TODA la información de salud o seleccione la afirmación más abajo para divulgar solo UNA PARTE de la información de salud. No es posible seleccionar AMBAS opciones*).

Toda mi información de salud, LO QUE INCLUYE:

Información genética, servicios o resultados de pruebas, registros y datos de VIH/SIDA, registros y datos de salud mental (pero no las notas de psicoterapia), registros y datos de medicinas/fármacos recetados, y registros y datos de consumo de drogas y alcohol (especifique la información sobre trastornos por consumo de sustancias que se puede divulgar, si la hubiera).

O

TODA mi información de salud EXCEPTO (*marque debajo todas las casillas que correspondan*):

Información genética, servicios o resultados de pruebas

Registros y datos de VIH/SIDA

Registros y datos de consumo de drogas y alcohol

Registros y datos de salud mental (pero no las notas de psicoterapia)

Registros y datos de medicinas/fármacos recetados

Otros: _____

5 ESTA AUTORIZACIÓN FINALIZA EN LA FECHA/EL EVENTO: _____

Fecha en que finaliza esta autorización a menos que sea cancelada. Si este campo está en blanco, la autorización vence un año después de la fecha de firma detallada debajo.

6 FIRMA DEL AFILIADO O REPRESENTANTE LEGAL: _____

FECHA: _____

SI ES EL REPRESENTANTE LEGAL - indique la relación con el afiliado: _____

*Si usted es el representante legal o personal del afiliado, **debe enviarnos las copias de los formularios relevantes**, como el poder notarial o la orden de custodia.*

ENVÍE POR CORREO POSTAL EL FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN
Y LA INFORMACIÓN DE APOYO, SI LA HUBIERA, A
SUPERIOR HEALTHPLAN, ATTN: COMPLIANCE DEPARTMENT
5900 E. BEN WHITE BLVD., AUSTIN, TX 78741

GRUPO(S) O PERSONA(S) INDIVIDUAL(ES) ADICIONALES QUE RECIBIRÁN INFORMACIÓN:

NOTA: Si autoriza a divulgar registros de trastornos por consumo de sustancias a un destinatario que no sea un pagador de terceros, un proveedor de atención médica, un centro o un programa donde usted recibe servicios de un proveedor de tratamientos, como una institución de investigación o un intercambio de seguro médico (en adelante, la "entidad destinataria"), debe especificar el nombre de la persona con la cual recibe los servicios de un proveedor de tratamientos en la entidad destinataria, o la entidad en la cual recibe dichos servicios, o simplemente debe indicar que sus registros de trastornos por consumo de sustancias se pueden divulgar a los proveedores de tratamientos que usted tenga en la actualidad y en el futuro en la 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: () - _____

Nombre (persona o entidad): _____

Dirección: _____

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