

Autorización para Divulgar Información Médica

Notificación para el Afiliado:

- Si completa este formulario, Pharmacy Services podrá divulgar su información médica a la persona o grupo que usted identifique a continuación.
- Usted no está obligado a firmar este formulario ni a autorizar la divulgación de su información médica. Sus servicios y beneficios en Pharmacy Services no cambiarán si no firma este formulario.
- Derecho a cancelar (revocar): Si desea cancelar este Formulario de Autorización, complete el Formulario de Revocación en la página siguiente, y envíelo por correo a la dirección en la parte inferior de la página.
- **Pharmacy Services** no puede prometer que la persona o grupo con quien usted desee divulgar la información médica no la divulgue a otros.
- Conserve una copia de todos los formularios completos que nos envía. Pharmacy Services puede enviarle copias si las necesita.
- Complete toda la información de este formulario. Al terminar, envíelo por correo o fax a la dirección que aparece en la parte inferior de la página.

Información del Afiliado:

Nombre del Afiliado (en letra de imprenta): _____

Fecha de Nacimiento del Afiliado: ___/___/___ N.º de Identificación del Plan del Afiliado: _____

Autorizo a Envolve Pharmacy Solutions a divulgar mi información médica a la persona o grupo (destinatario) indicados a continuación. El objetivo de la autorización es ayudarme con los beneficios y servicios de Pharmacy Services.

Información del Destinatario:

Nombre (persona o grupo): _____

Dirección: _____

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

Pharmacy Services puede compartir la siguiente información médica (marque todas las casillas que correspondan):

- Toda mi información de salud protegida; **O**
- Toda mi información de salud protegida; **EXCEPTO:**
- Información sobre medicamentos/medicamentos recetados
- Información sobre el Síndrome de la Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) o el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH)
- Información sobre servicios de salud conductual o atención psiquiátrica
- Otro: _____

Fecha de Finalización de la Autorización: ___/___/___ (fecha en que la autorización finaliza, a menos que se la cancele)

Firma del Afiliado: _____ **Fecha:** ___/___/___
(El Afiliado o el Representante Legal Firman Aquí)

Si firma en nombre del Afiliado, describa su relación a continuación. Si es un representante personal del Afiliado, describa esto a continuación y envíenos copias de los formularios (por ejemplo, un poder notarial o una orden de tutela).