

Clover Health

Autorización voluntaria para la divulgación de información de salud protegida

Este formulario permite que personas como su cónyuge, hijo, otro familiar o amigo de confianza, hablen sobre los beneficios de su seguro de salud o atención médica con representantes de Clover.

Autorizo a Clover Health (Clover) a compartir la información de salud que se presenta a continuación con la persona u organización que se indica en este formulario. Entiendo que una vez que se comparta mi información de salud, es posible que no esté protegida por la persona u organización que indiqué en este formulario, y que ya no esté protegida por la ley.

1. Mi información de contacto:		
Nombre:		
Fecha de nacimiento:	Número de teléfono:	
Dirección:	Número de Unidad: (si corresponde)	
Ciudad:	Estado:	Código postal:
ID del miembro de Clover:	Correo electrónico: (opcional)	
2. Información de contacto de la persona u organización con la que quiero compartir mi información: Autorizo a Clover a compartir mi información de salud con la siguiente persona u organización:		
Nombre:	Organización (si corresponde):	
Dirección:	Número de Unidad: (si corresponde)	
Ciudad:	Estado:	Código postal:
Número de teléfono:	Correo electrónico: (opcional)	Número de FAX: (si corresponde)
3. Autorizo a proporcionar el siguiente tipo de información de salud: Adjunte páginas adicionales si es necesario.		
<input type="checkbox"/> Toda la información de salud (o seleccione tipos específicos de información de salud a continuación):		
<input type="checkbox"/> Plan de beneficios o inscripción	<input type="checkbox"/> Pagos (p. ej., facturas, reclamaciones)	
<input type="checkbox"/> *Información médica	<input type="checkbox"/> *Información de recetas	
<input type="checkbox"/> *Resultados de laboratorio	<input type="checkbox"/> *Resultados de pruebas de diagnóstico	
*En algunos casos, puede que Clover no tenga la gama completa de historias clínicas que tengan su médico u hospital.		
Información confidencial (se NECESITAN sus iniciales para compartir los siguientes tipos de información de salud, NO solo marque las casillas que aparecen a continuación, o tendremos que devolverle el formulario para solicitar sus iniciales):		
_____ Registros de salud mental (inicial)	_____ Información genética (inicial) (incluidos los resultados de pruebas genéticas)	
_____ Registros de tratamiento para consumo de sustancias, drogas y alcohol (inicial)	_____ Resultados de pruebas de VIH/SIDA, TB (tuberculosis), o ETS (inicial) (infección de transmisión sexual)	
_____ Otros: _____ (inicial)		

Clover Health

Autorización voluntaria para la divulgación de información de salud protegida

4. Cómo Clover puede compartir mi información

Clover puede compartir mi información de salud de las siguientes maneras con la persona u organización que indiqué anteriormente (marque todas las opciones que correspondan):

Verbalmente, por teléfono

O envíe mis registros por: Correo de Estados Unidos UPS u otra compañía de transporte
 Correo electrónico seguro Fax

5. La razón por la que quiero compartir mi información de salud es para el siguiente propósito:

(marque todas las opciones que correspondan)

Para uso personal

Para permitir que los miembros de mi familia o mis amigos analicen mi información de salud con Clover

Para buscar atención médica adicional

Para fines legales/de seguro/de discapacidad

Otro: _____

6. Esta autorización durará hasta:

Mi último día como miembro de Clover O (ingrese una fecha futura, p. ej., el 31 de diciembre de 2040) _____
(Tenga en cuenta que los permisos vencen al momento de la muerte).

Usted tiene derecho a revocar su autorización en cualquier momento si envía una declaración firmada y fechada por escrito a Clover Health – P.O. Box 21164, Eagan, MN 55121, indicando que usted (el miembro) retira la autorización para divulgar su información de salud en el futuro. Sin embargo, no es posible que Clover le devuelva la información que ya compartimos. (Si nos ha autorizado a compartir registros de abuso de alcohol o sustancias, puede llamarnos para solicitar su autorización).

7. Firma

Puede negarse a firmar esta autorización y sus beneficios de salud de Clover no se verán afectados. Sin embargo, no podremos compartir su información de salud sin su firma.

Marque esta casilla si firma en calidad de representante personal autorizado y proporcione su información a continuación. Anexe la documentación correspondiente (por ejemplo, poder notarial, orden judicial). Tenga en cuenta lo siguiente: el departamento legal debe validar su documentación antes de aceptar la firma de un representante autorizado.

Nombre en letra de imprenta: _____

Relación con el miembro: _____

Firma del miembro:

Fecha de hoy:

Envíe este formulario por correo postal a la siguiente dirección:

Clover Health
P.O. Box 21164
Eagan, MN 55121

O envíe este formulario por fax al siguiente número:

ATTN: Mailroom
1-866-508-0865