

## Autorización para Revelar Información Médica Protegida

El Aviso de política de privacidad de Sidecar Health explica cómo protegemos su información médica protegida.

Esta autorización documenta su intención de identificar a la(s) persona(s) que tienen su permiso para contactarnos en su nombre (“representante autorizado”) para recibir su información de salud protegida, para el estado de reclamos, información de beneficios, y/u otros asuntos relacionados con su cobertura de seguro. Un representante autorizado no tiene autoridad para realizar cambios en su cuenta o ejercitar derechos en su nombre como lo haría un representante legal.

En la mayoría de los casos, el aviso de política de privacidad de Sidecar Health nos permite compartir su información médica con proveedores de atención médica, (p. ej. médicos, hospitales, etc.) involucrados en su tratamiento o en el pago de su tratamiento. Por lo tanto, no es necesario nombrar a sus proveedores de atención médica como personas autorizadas.

### Información del Miembro:

Nombre Completo	
Dirección	
Fecha de Nacimiento	

### Información del Representante(s) Autorizado(s):

Yo autorizo a la(s) siguiente(s) persona(s) a actuar como mi representante autorizado para acceder a mi información de salud a partir de la fecha de firma en este formulario:

Nombre Completo	
Relación	
Dirección	
Número de Teléfono	

Nombre Completo	
Relación	
Dirección	
Número de Teléfono	

### Un Alcance:

Sidecar Health puede compartir o solicitar todos los reclamos, la inscripción y la información relacionada con la salud con mi representante autorizado, excepto como se especifica a continuación. Me gustaría mantener condiciones específicas en privado (**seleccione todas las que apliquen**):

- Salud mental
- Infecciones de transmisión sexual (incluido el VIH y el SIDA)
- Consumo de sustancias
- Salud reproductiva
- Especifique cualquier otra limitación a lo que podemos revelar a su representante autorizado según sea necesario:

### **Término:**

¿Cuánto tiempo debe estar en vigente esta autorización? (**seleccione uno**)

- Hasta la fecha en que termine mi cobertura de Sidecar Health
- Hasta la fecha de vencimiento de: \_\_\_\_\_

### **El Reconocimiento:**

Al firmar debajo, reconozco lo siguiente:

- Tengo derecho a revocar (cancelar) esta autorización en cualquier momento notificando a Sidecar Health por escrito a través de correo electrónico o correo postal. La revocación es efectiva a partir de la recepción de la notificación.
- Mi autorización es voluntaria y no una condición de inscripción, elegibilidad o pago de reclamo.
- La(s) persona(s) autorizada(s) puede(n) no estar sujeta(s) a las leyes federales/estatales de privacidad y pueden revelar más información médica protegida. Sidecar Health no es responsable de la divulgación adicional por parte de mi representante autorizado.

Firma:

Fecha:

Se requiere la firma del miembro. Si el miembro no puede firmar debido a una enfermedad, lesión o fallecimiento, un representante personal, como el padre de un hijo menor, un apoderado o un albacea, puede firmar en nombre del miembro. **Se debe adjuntar documentación legal que acredite la autoridad para actuar en nombre del afiliado;** de lo contrario, no se honrará esta autorización. Mi relación con el miembro mencionado es:

- Miembro     Poder notarial u otro representante legal     Padre/Guardián     Otro

Puede enviar este formulario completado a Sidecar Health por correo electrónico a [membercare@sidecarhealth.com](mailto:membercare@sidecarhealth.com) o correo postal a Sidecar Health Member Care, 340 S. Lemon Ave., Suite 7028, Walnut, CA 91789