

Autorización para Utilizar y Divulgar Información Médica

Notificación para el Miembro:

- Si completa este formulario, usted autoriza a *Arizona Complete Health-Complete Care Plan* a (i) utilizar su información médica para un propósito en particular y/o (ii) compartir su información médica con la persona o entidad que indica en este formulario.
- Usted no tiene la obligación de otorgar su autorización para el uso o la divulgación de su información médica. Los servicios y beneficios de *Arizona Complete Health-Complete Care Plan* no cambiarán si decide no enviar este formulario.
- Si desea cancelar la autorización otorgada en este formulario, escribanos una solicitud para revocarla a la dirección mencionada al final de la página. Se le puede proporcionar un formulario de revocación si llama a Servicios para Miembros al número de teléfono que aparece en el reverso de su tarjeta de ID de miembro.
- *Arizona Complete Health-Complete Care Plan* no puede asegurarse de que la persona o el grupo con quien usted nos permite compartir su información médica no la divulgue a un tercero.
- Guarde una copia de todos los formularios completados que nos envía. Le podemos enviar copias si las necesita.
- Si necesita ayuda, comuníquese con Servicios para Miembros al número de teléfono que aparece en el reverso de su tarjeta de ID de miembro.
- Complete toda la información solicitada en este formulario. Cuando termine, envíe el formulario y toda la documentación de respaldo por correo a la siguiente dirección

Arizona Complete Health-Complete Care Plan

ATTN: Compliance Department

1850 W. Rio Salado Parkway, Suite 211

Tempe, AZ 85281

Teléfono: **1-888-788-4408** (TTY/TDD: **711**)

**Lea atentamente las instrucciones y complete el siguiente formulario.
No se aceptan formularios incompletos.**

1 INFORMACIÓN DEL MIEMBRO:

Nombre del Miembro (en letra de imprenta): _____

Fecha de Nacimiento del Miembro: ____ Número de ID del Miembro: _____

2 AUTORIZO A ARIZONA COMPLETE HEALTH-COMplete CARE PLAN A UTILIZAR MI INFORMACIÓN MÉDICA CON EL PROPÓSITO QUE SE INDICA O A COMPARTIR MI INFORMACIÓN MÉDICA CON LA PERSONA O EL GRUPO QUE SE MENCIONA A CONTINUACIÓN. EL PROPÓSITO DE LA AUTORIZACIÓN ES (marque una de las opciones que se presentan a continuación):

- permitir que Arizona Complete Health-Complete Care Plan me ayude con mis beneficios y servicios, **O BIEN**
 permitir que Arizona Complete Health-Complete Care Plan utilice o comparta mi información médica para _____.

3 LA PERSONA O EL GRUPO QUE RECIBIRÁ LA INFORMACIÓN (agregar más Personas o Grupos en la página siguiente):

Nombre (persona o grupo): _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: ____ Teléfono: _____

4 AUTORIZO A ARIZONA COMPLETE HEALTH-COMplete CARE PLAN A UTILIZAR O DIVULGAR LA SIGUIENTE INFORMACIÓN MÉDICA: (NOTA: Seleccione el primer enunciado para divulgar TODA la información médica o seleccione el segundo enunciado para divulgar solo una PARTE de la información médica. **NO se pueden seleccionar ambas opciones**).

- Toda mi información médica, INCLUIDO LO SIGUIENTE:** Información genética, servicios o resultados de pruebas; datos e historia clínica de VIH/SIDA; datos e historia clínica de salud mental (excepto las notas de psicoterapia); datos y registros de medicamentos recetados, y datos y registros de consumo de drogas y alcohol (especifique cualquier información sobre trastornos por consumo de sustancias que pueda divulgarse);

O

- Toda mi información médica, EXCEPTO** (marque solo las casillas que correspondan):

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Información genética, servicios o pruebas | <input type="checkbox"/> Datos y registros de consumo de drogas y alcohol |
| <input type="checkbox"/> Datos e historia clínica de SIDA o VIH | <input type="checkbox"/> Datos y registros de medicamentos recetados |
| <input type="checkbox"/> Datos e historia clínica de salud mental (excepto las notas de psicoterapia) | <input type="checkbox"/> Otros: _____ |

5 ESTA AUTORIZACIÓN FINALIZA EN ESTA FECHA/EVENTO: _____ (Fecha en la que expira esta autorización, a menos que se anule. Si no se completa este campo, la autorización expira después de un año a partir de la fecha en que se firma, la cual se indica a continuación).

6 FIRMA DEL MIEMBRO O REPRESENTANTE LEGAL: _____

Fecha: _____

SI FIRMA EL REPRESENTANTE LEGAL, indique la Relación con el Miembro: _____

Si usted es el representante legal o personal del Miembro, **debe enviarnos copias de los formularios pertinentes, tales como poder legal u orden de tutela.**

ENVÍE POR CORREO EL FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN COMPLETADO Y CUALQUIER DOCUMENTACIÓN DE RESPALDO A LA DIRECCIÓN QUE SE INDICA A CONTINUACIÓN.

**Arizona Complete Health-Complete Care Plan, ATTN: COMPLIANCE DEPARTMENT
1850 W. Rio Salado Parkway, Suite 211 Tempe, AZ 85281**

PERSONAS INDIVIDUALES O GRUPOS QUE RECIBIRÁN LA INFORMACIÓN:

NOTA: Si usted otorga su consentimiento para divulgar cualquier antecedente de trastorno por consumo de sustancias a un receptor que no sea un tercero ni un proveedor de atención médica, centro o programa en el que recibe servicios de un proveedor tratante, como un cambio de seguro médico o una institución de investigación (en adelante, "entidad receptora"), debe especificar el nombre de una persona o entidad de parte de la que recibe servicios de un proveedor tratante en dicha entidad receptora, o simplemente indicar que su historia clínica de trastorno por consumo de sustancias puede ser divulgada a sus proveedores tratantes actuales y futuros en esa entidad receptora.

Nombre (persona o entidad): _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____ Teléfono: _____

Nombre (persona o entidad): _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____ Teléfono: _____

Nombre (persona o entidad): _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____ Teléfono: _____

Nombre (persona o entidad): _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____ Teléfono: _____

Nombre (persona o entidad): _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____ Teléfono: _____

Nombre (persona o entidad): _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____ Teléfono: _____

Nombre (persona o entidad): _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____ Teléfono: _____

Nombre (persona o entidad): _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____ Teléfono: _____



Discrimination is Against the Law

Arizona Complete Health complies with applicable Federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex (including pregnancy, sexual orientation, and gender identity). Arizona Complete Health does not exclude people or treat them differently because of race, color, national origin, age, disability, or sex (including pregnancy, sexual orientation, and gender identity).

Arizona Complete Health:

- Provides aids and services, at no cost, to people with disabilities to communicate effectively with us, such as:
 - Qualified sign language interpreters
 - Written information in other formats (large print, audio, accessible electronic formats, other formats)
- Provides language services, at no cost, to people whose primary language is not English, such as:
 - Qualified interpreters
 - Information written in other languages.

If you need these services, contact Member Services at:

Arizona Complete Health: **1-866-918-4450** (TTY/TDD: **711**)

If you believe that Arizona Complete Health failed to provide these services or discriminated in another way on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex (including pregnancy, sexual orientation, and gender identity), you can file a grievance with:

1557 Coordinator
PO Box 31384, Tampa, FL 33631
Phone: **1-855-577-8234** (TTY/TDD: **711**)
Fax: **1-866-388-1769**
Email: **SM_Section1557Coord@centene.com**

You can file a grievance in person, by mail, fax, or email. Your grievance must be in writing and must be submitted within 180 days of the date that the person filing the grievance becomes aware of what is believed to be discrimination.

If you need help filing a grievance, our 1557 Coordinator is available to help you.

You can also file a civil rights complaint with the U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights, electronically through the Office for Civil Rights Complaint Portal, available at <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, or by mail at U.S. Department of Health and Human Services; 200 Independence Avenue, SW; Room 509F, HHH Building; Washington, D.C. 20201; or by phone: **1-800-368-1019, 1-800-537-7697** (TTY).

Complaint forms are available at <https://www.hhs.gov/ocr/complaints/index.html>

This notice is available at the Arizona Complete Health website: **Accessibility, Privacy & Safety** (azcompletehealth.com)

La Discriminación es un Delito

Arizona Complete Health cumple con las leyes Federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color de piel, nacionalidad de origen, edad, discapacidad o sexo (incluido el embarazo, la orientación sexual y la identidad de género). Arizona Complete Health no excluye a las personas ni las trata de manera diferente por su raza, color de piel, nacionalidad de origen, edad, discapacidad o sexo (incluido el embarazo, la orientación sexual y la identidad de género).

Arizona Complete Health:

- Brinda asistencia y servicios, sin costo alguno, a las personas con discapacidades para comunicarse de manera eficaz con nosotros, como los siguientes:
 - Intérpretes de lengua de señas calificados
 - Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles u otros formatos)
- Brinda servicios de idiomas sin costo para las personas cuyo idioma principal no es el inglés, como los siguientes:
 - Intérpretes calificados
 - Información escrita en otros idiomas.

Si necesita estos servicios, llame a Servicios para Miembros al:

Arizona Complete Health: **1-866-918-4450** (TTY/TDD: **711**)

Si considera que Arizona Complete Health no le proporcionó estos servicios o lo discriminó de otra manera por motivos de raza, color de piel, nacionalidad de origen, edad, discapacidad o sexo (incluido el embarazo, la orientación sexual y la identidad de género), puede presentar una queja ante la siguiente entidad:

1557 Coordinator

PO Box 31384, Tampa, FL 33631

Teléfono: **1-855-577-8234** (TTY/TDD: **711**)

Fax: **1-866-388-1769**

Correo electrónico: **SM_Section1557Coord@centene.com**

Puede presentar una queja en persona, o por correo, fax o correo electrónico. La queja debe presentarse por escrito en un plazo de 180 días a partir de la fecha en que la persona que presenta la queja advierta lo que considera discriminación.

Si necesita ayuda para presentar una queja, nuestro Coordinador 1557 está disponible para ayudarlo.

También puede presentar un reclamo de derechos civiles ante la Office for Civil Rights del U.S. Department of Health and Human Services de manera electrónica a través del Portal de Reclamos de la Office for Civil Rights, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o por correo postal a U.S. Department of Health and Human Services; 200 Independence Avenue, SW; Room 509F, HHH Building; Washington, D.C. 20201; o por teléfono: **1-800-368-1019**, **1-800-537-7697** (TTY).

Los formularios de reclamo están disponibles en <https://www.hhs.gov/ocr/complaints/index.html>

Este aviso se encuentra disponible en el sitio web de Arizona Complete Health: **Accesibilidad, Privacidad y Seguridad (azcompletehealth.com)**

