

Miembros de SelectHealth Advantage:
P.O. Box 30196
Salt Lake City, UT 84130-0196
Tele: 855-442-9900 (línea gratuita)
Fax: 801-442-6580
selecthealthadvantage.org

Todos los demás miembros de SelectHealth:
P.O. Box 30192
Salt Lake City, UT 84130-0192
Tele: 800-538-5038 (línea gratuita)
Fax: 801-442-6580
selecthealth.org



Autorización Para Divulgar Información de Salud

Formulario no es válido a menos que sea completamente llenado. Por favor devuelva una fotocopia del ID del firmante con foto expedida por el gobierno.

Entiendo la siguiente información:

- Una vez que SelectHealth® libera la información según esta Autorización, SelectHealth no puede garantizar que esta información no será liberada de nuevo a un tercero o que esta información será protegida según la ley federal y estatal que gobierna el uso y la revelación de la información de salud identificable.
- Esta Autorización permanecerá en vigor hasta que esto expire o hasta que yo proporcione un aviso escrito de la revocación a SelectHealth.
- Puedo rechazar firmar o puedo revocar esta Autorización en cualquier momento por cualquier razón, excepto al grado que SelectHealth ha hecho ya revelaciones en la confianza en esta Autorización.
- Puesto que SelectHealth no condiciona el comienzo, la continuación, o la calidad de seguro médico, dirección de cuidado, y otros servicios que esto me proporciona al firmar y no revocar esta Autorización, el rechazo de firmar o la revocación de esta Autorización de parte de mi puede limitar la capacidad de SelectHealth de proporcionarme tales servicios.

5. Para miembros de SelectHealth Advantage®: Este formulario de autorización firmado **no da** al individuo nombrado por debajo la autoridad para iniciar una apelación, queja o autorización en mi nombre. Debo completar un formulario adicional—Nombramiento de Representación—para conceder dicha autorización.

En la comprensión de lo anterior, estoy de acuerdo en dejar que SelectHealth compartir mi información como se describe en esta forma. Si tengo preguntas, puedo llamar a SelectHealth. Miembros de **SelectHealth Advantage** llamen al: **855-442-9900** (línea gratuita). Todos los demás miembros de SelectHealth llamen al: **800-538-5038** (línea gratuita). Los usuarios de TTY llamen al 711.

Información del Miembro

Nombre _____ Apellido _____
ID de Miembro (en la tarjeta de ID) _____ Dirección de Calle _____
Ciudad _____ Estado _____ Código _____
Tele. (____) _____ Fecha de Nacimiento ____/____/____
MM DD AAAA

SelectHealth puede compartir información sobre el miembro de SelectHealth mencionado arriba (marque uno):

Durante un año a partir de la fecha de firma Para la duración de la póliza Hasta esta fecha ____/____/____
MM DD AAAA

NOTA: Si no se indica una fecha de vencimiento, esta autorización permanecerá activa hasta un año desde la fecha de firma.

Información del miembro puede ser compartida con la siguiente persona u organización (sólo una persona u organización por formulario):

Nombre de la persona u organización _____ Fecha de Nacimiento ____/____/____
(si persona) MM DD AAAA
Dirección de Calle _____ Tele. (____) _____
Ciudad _____ Estado _____ Código _____

Tipo de información a ser compartida (marque las casillas de abajo para elegir qué información desea compartir).

Inscripción Información vigente de apelación Todo de la anterior
 Contacto Gestión de la atención de salud Otro _____
 Autorización previa vigente Pago de reclamaciones _____

FIRMA

Firma del miembro o representante legal _____ Descripción de la autoridad del representante legal _____
Fecha ____/____/____ He incluido una fotocopia del ID del firmante con foto expedida por el gobierno.
MM DD AAAA

SOLAMENTE PARA EL USO DE SELECTHEALTH / SELECTHEALTH USE ONLY: ATTENTION MEMBER SERVICES

Password _____
Security Question _____
Security Question Answer _____



Aviso de no discriminación

SelectHealth cumple con todas las leyes de derechos civiles federales vigentes, y no discrimina en base a raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. No excluimos a las personas ni las tratamos de manera diferente en base a su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

Brindamos ayuda y servicios gratuitos a personas con discapacidades para que se comuniquen efectivamente con nosotros, como lo son intérpretes calificados de lenguaje de señas e información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles y otros formatos). También brindamos servicios de idiomas gratuito a personas cuyo idioma principal no es el inglés, como lo son intérpretes calificados e información del miembro escrita en otros idiomas.

Si necesita estos servicios, llame a Servicios a Miembros de SelectHealth al **1-800-538-5038** o a Servicios a Miembros de SelectHealth Advantage al **1-855-442-9900**. Cualquier miembro u otra persona que cree que pudo haber sido objeto de una discriminación puede presentar una queja o reclamo formal llamando al 504 o al coordinador de derechos civiles de SelectHealth al **1-844-208-9012** o a la línea directa de cumplimiento al **1-800-442-4845** (los usuarios de TTY deben llamar al: 711). También puede llamar a la oficina de derechos civiles al **1-800-368-1019** (los usuarios de TTY deben llamar al: **1-800-537-7697**).