

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).

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Inscripción                 | <input type="checkbox"/> Información vigente de apelación | <input type="checkbox"/> Todo de la anterior |
| <input type="checkbox"/> Contacto                    | <input type="checkbox"/> Gestión de la atención de salud  | <input type="checkbox"/> Otro _____          |
| <input type="checkbox"/> Autorización previa vigente | <input type="checkbox"/> 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**).