

# Autorización para utilizar y divulgar información de salud

## Notice to Member:

- Completing this form will allow Oklahoma Complete Health to (i) use your health information for a particular purpose, and/or (ii) share your health information with the individual or entity that you identify on this form.
- You do not have to give permission to use or share your health information. Your services and benefits with Oklahoma Complete Health will not change if you do not submit this form.
- If you want to cancel this authorization form, send us a written request to revoke it at the address on the bottom of this page. A revocation form can be provided to you by calling Member Services at the phone number on the back of your member ID card.
- Oklahoma Complete Health cannot promise that the person or group you allow us to share your health information with will not share it with someone else.
- Keep a copy of all completed forms that you send to us. We can send you copies if you need them.
- If you need help, contact Member Services at the phone number on the back of your member ID card.
- Fill in all the information on this form. When finished, mail the form and any supporting documentation to

**Oklahoma Complete Health**  
**14000 Quail Springs Parkway**  
**Suite 650**  
**Oklahoma City, OK 73134**

## Aviso al miembro:

- Al llenar este formulario, usted autoriza a Oklahoma Complete Health a (i) que use su información de salud para un fin en particular, y/o (ii) que la dé a conocer a la persona o entidad que usted identifique en este formulario.
- Usted no tiene que dar permiso a usar o dar a conocer su información de salud. Sus servicios y beneficios de Oklahoma Complete Health no cambiarán si usted no firma este formulario.
- Si desea cancelar este formulario de autorización, envíenos por escrito una solicitud para revocarlo a la dirección que aparece al final de esta página. Servicios para miembros puede proporcionarle un formulario de revocación si les llama al número telefónico que se encuentra en la parte trasera de su tarjeta de identificación de afiliación.
- Oklahoma Complete Health no puede prometer que la persona o el grupo al que nos permita dar a conocer su información de salud no la dará a conocer a alguien más.
- Conserve una copia de todos los formularios llenos que nos envíe. Si las necesita, podemos enviarle copias.
- Si necesita ayuda, comuníquese con Servicios para miembros al número telefónico que aparece en la parte trasera de su tarjeta de identificación de afiliación.
- Llene toda la información en este formulario. Al terminar, envíe el formulario y todos los documentos de apoyo a

**Oklahoma Complete Health**  
**14000 Quail Springs Parkway**  
**Suite 650**  
**Oklahoma City, OK 73134**

**OklahomaCompleteHealth.com**

**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 identificación (ID) del miembro: \_\_\_\_\_

**2 AUTORIZO A OKLAHOMA COMPLETE HEALTH A UTILIZAR MI INFORMACIÓN DE SALUD CON EL PROPÓSITO QUE SE INDICA O A COMPARTIRLA CON LA PERSONA O EL GRUPO QUE SE MENCIONA A CONTINUACIÓN. EL PROPÓSITO DE LA AUTORIZACIÓN ES** (*marque una de las opciones*):

- permitir que Oklahoma Complete Health me ayude con mis beneficios y servicios, **O BIEN**
- permitir que Oklahoma Complete Health utilice o comparta mi información de salud para \_\_\_\_\_.

**3 PERSONA O GRUPO QUE RECIBIRÁ INFORMACIÓN** (*agregue otras personas o grupos en la siguiente página*):

Nombre (persona o grupo): \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

**4 AUTORIZO A OKLAHOMA COMPLETE HEALTH A UTILIZAR O COMPARTIR LA SIGUIENTE INFORMACIÓN DE SALUD** (*NOTA: Seleccione el primer enunciado para divulgar TODA la información de salud o seleccione el segundo enunciado para divulgar solo una PARTE de la información de salud. NO se pueden seleccionar ambos*).

- Toda mi información de salud, INCLUIDO LO SIGUIENTE:** Información o servicios genéticos o resultados de pruebas genéticas; registros e información sobre HIV/sida; registros e información sobre salud mental (excepto notas de psicoterapia); registros e información sobre medicamentos recetados; y registros e información sobre consumo de drogas y alcohol (especifique cualquier información sobre trastornos por consumo de sustancias que pueda divulgarse). \_\_\_\_\_

**O**

- Toda mi información de salud, EXCEPTO LO SIGUIENTE** (*marque solo las casillas que correspondan*):

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Información, pruebas o servicios genéticos.                                 | <input type="checkbox"/> Registros e información sobre consumo de drogas y alcohol. |
| <input type="checkbox"/> Registros e información sobre sida o HIV.                                   | <input type="checkbox"/> Registros e información sobre medicamentos recetados.      |
| <input type="checkbox"/> Registros e información sobre salud mental (excepto notas de psicoterapia). | <input type="checkbox"/> Otra: _____.   |

**5 ESTA AUTORIZACIÓN PIERDE VIGENCIA EN LA SIGUIENTE FECHA/EVENTO:** \_\_\_\_\_ *Fecha en la que pierde vigencia esta autorización, a menos que se cancele. 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, indicar la relación con el miembro: \_\_\_\_\_

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

**COMPLETE Y ENVÍE POR CORREO EL FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN  
Y CUALQUIER DOCUMENTACIÓN DE RESPALDO A LA SIGUIENTE DIRECCIÓN  
Oklahoma Complete Health, ATTN: Member Services  
14000 Quail Springs Parkway, Suite 650, Oklahoma City, OK 73134**

**PERSONAS O GRUPOS ADICIONALES QUE RECIBIRÁN INFORMACIÓN:**

NOTA: Si otorga su consentimiento para divulgar registros sobre trastornos por consumo de sustancias a un receptor que no sea un tercero responsable de los pagos ni un proveedor de atención de salud, centro o programa en el que recibe servicios de un proveedor tratante, como un mercado de seguros de salud o un centro de investigación (en adelante, "entidad receptora"), debe especificar el nombre de la persona de quien recibe servicios o la entidad en la que un proveedor tratante le brinda servicios en esa entidad receptora, o simplemente indicar que sus registros sobre trastornos por consumo de sustancias pueden divulgarse 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: \_\_\_\_\_