

Complete todo el  
formulario y  
devuélvalo a:

Florida Blue  
P.O. Box 45296  
Jacksonville, FL  
32232

## Autorización para Compartir Información de Salud Protegida en Consultas de Servicio al Cliente

Usted, como miembro, o actuando como representante personal de un miembro de Blue Cross and Blue Shield of Florida, Inc., Health Options, Inc., o Florida Blue Medicare, Inc. ("Florida Blue") o Truli for Health puede autorizar a nuestro servicio de atención al cliente a divulgar su Información de Salud Protegida en relación con consultas relacionadas con la administración de sus productos de salud, dentales y/o de atención a largo plazo.

### SECCIÓN I

Proporcione los siguientes datos de la persona cuya Información de Salud Protegida será divulgada.

Nombre del miembro: \_\_\_\_\_

Número de miembro: \_\_\_\_\_

Número de grupo: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

### SECCIÓN II

Autorizo a Florida Blue o Truli for Health a divulgar, en forma oral y/o escrita, la siguiente Información de Salud Protegida sobre mi persona:

- Datos de identificación (ej., nombre, dirección, edad, género);
- Información de cobertura de salud (es decir, general y específica acerca de los beneficios de plan);
- Información de reclamaciones pasadas, presentes y futuras (a excepción de cualquier periodo de tiempo en la que la dirección de Comunicaciones Confidenciales<sup>1</sup> se encontraba en efecto); e
- Información de Coordinación de Beneficios.

### SECCIÓN III

Identifique a la(s) persona(s) a quienes la Información de Salud Protegida podría ser divulgada y su relación, por ejemplo, agente de ventas, representante de beneficios de salud del empleador, padre/madre, miembros de la familia, amigos, corporación, organización, firma de abogados, proveedor.

Mi información deberá ser proporcionada a la(s) persona(s) que se menciona(n) abajo.

Use letra de imprenta (molde):

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación con el miembro: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación con el miembro: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación con el miembro: \_\_\_\_\_

### SECCIÓN IV

Si comparto mi información de salud protegida con personas que no forman parte de Florida Blue o Truli for Health, es posible que no esté sujeta a las leyes de privacidad federales que restringen su uso o divulgación.

El Seguro de salud es ofrecido por Florida Blue. Florida Blue HMO, Truli for Health y Florida Blue Medicare, Inc., las cuales son afiliadas de Florida Blue, ofrecen la cobertura HMO. Estas compañías son Licenciatarias Independientes de Blue Cross and Blue Shield Association.

Además entiendo que si he mencionado a un agente de ventas o a un representante de beneficios de salud del empleador en la Sección III a quien mi Información Médica Protegida podría ser divulgada, Florida Blue o Truli for Health no tendrán más responsabilidad en cuanto a la divulgación de mi Información Médica Protegida por parte de esas personas designadas.

Esta autorización es voluntaria y no es una condición para la inscripción en un plan de salud, la elegibilidad para los beneficios o el pago de las reclamaciones.

## SECCIÓN V

Esta autorización vencerá el:

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Mes                      Día                      Año

**O**

\_\_\_\_\_  
Fecha en que finaliza la cobertura de salud de Florida Blue o de Truli for Health del miembro

Se recomienda que indique una fecha de expiración específica en esta autorización si está designando a un agente de ventas o un empleador como representante autorizado, o cualquier otra persona a quien haya designado para asistir con una tarea específica a corto plazo.

## SECCIÓN VI

### Copia de la Autorización

Conserve una copia firmada de su autorización. Una fotocopia es tan válida como el original.

## SECCIÓN VII

### Derecho a Cancelar la Autorización

Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento si envío una notificación por escrito a la dirección que se encuentra en la página 1 de este formulario. Además entiendo que la revocación de la autorización no afectará ninguna acción tomada por Florida Blue o Truli for Health conforme a esta autorización antes de recibir mi notificación escrita de revocación.

## SECCIÓN VIII

### Firma

Firma del miembro:

\_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Si un representante legal firma este formulario de autorización en nombre del miembro, proporcione la siguiente información:

Nombre del representante legal<sup>2</sup>:

\_\_\_\_\_

Fecha en que se firma: \_\_\_\_\_

Relación con el miembro:

\_\_\_\_\_

<sup>1</sup>Una dirección para Comunicaciones Confidenciales es aquella indicada por un adulto (de 18 años o más) que es diferente a la dirección en donde el suscriptor recibe su correo.

<sup>2</sup>Proporcione documentación escrita que respalde su condición de apoderado u otro tipo de representante legal.

Esta es una traducción de su original en inglés. La versión en inglés prevalecerá.