



**AUTORIZACIÓN  
(Plan médico)**

Propósito: Este formulario se utiliza para autorizarnos a usar o divulgar información de salud protegida o para que otra persona nos divulgue información de salud protegida para el propósito especificado.

**SECCIÓN A: Notas de psicoterapia.**

Marque si esta autorización es para las notas de psicoterapia.

Si esta autorización es para las notas de psicoterapia, usted *no* debe utilizarla como autorización para ningún otro tipo de información de salud protegida.

**SECCIÓN B: Persona que autoriza el uso y/o la divulgación.**

Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Número de identificación: \_\_\_\_\_ Número de Seguro Social (opcional): \_\_\_\_\_

**SECCIÓN C: El uso y/o la divulgación que se autorizan.**

Información de salud protegida a ser usada y/o divulgada: Describa de forma específica y clara la información de salud protegida que usted autoriza a ser usada y/o divulgada:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Entidades autorizadas para el uso o la divulgación: Indique o describa de forma específica las personas y/u organizaciones (o las clases de personas y/u organizaciones), incluyéndonos, a las que autoriza para usar y/o divulgar la información de salud protegida descrita anteriormente:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Entidades autorizadas a recibir: Indique o describa de forma específica las personas y/u organizaciones (o las clases de personas y/u organizaciones), incluyéndonos, a las que autoriza la divulgación y la posterior utilización de la información de salud protegida descrita anteriormente:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Propósito de esta autorización:

A solicitud de la persona.

Para los siguientes fines:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Envíe el formulario completado a:

BlueCross BlueShield of Tennessee  
Privacy Office  
1 Cameron Hill Circle  
Chattanooga TN 37402

**AUTORIZACIÓN**

Sin condiciones: Esta autorización es voluntaria. No condicionaremos su inscripción en un plan de salud, la elegibilidad de beneficios o el pago de sus reclamaciones al brindar la presente autorización.

Efecto de otorgar esta autorización: La información de salud protegida descrita a continuación puede ser divulgada a y/o recibida por personas u organizaciones que no sean planes de salud, proveedores de atención médica cubierta ni cámaras de compensación relacionadas con la atención médica sujetas a las leyes federales sobre privacidad de la información de salud. Podrán continuar divulgando la información de salud protegida y es posible que esta información ya no esté protegida por las leyes federales sobre privacidad de la información de salud.

**SECCIÓN D: Vencimiento y revocación.**

Vencimiento: Esta autorización caducará (marque una opción):

- El \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_
- Al ocurrir el siguiente evento (que debe estar vinculado con la persona o con el propósito para el cual se autoriza el uso y/o la divulgación):

---



---

Derecho a revocar: Comprendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento al entregar una notificación por escrito de mi revocación en la oficina de contacto que se indica a continuación. Comprendo que el hecho de revocar esta autorización *no* tendrá efectos sobre ninguna acción basada en esta autorización adoptada antes de recibir la notificación escrita de mi deseo de revocarla.

Oficina de contacto: BlueCross BlueShield of Tennessee  
 Privacy Office  
 1 Cameron Hill Circle  
 Chattanooga TN 37402

**FIRMA DE LA PERSONA.**

Yo, \_\_\_\_\_, he tenido oportunidad suficiente para leer y reflexionar sobre el contenido de la presente autorización y comprendo que, al firmar este formulario, estoy confirmando que autorizo el uso y/o la divulgación de mi información de salud protegida, como se describe en este formulario.

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

Si esta autorización es firmada por un representante personal en nombre de la persona, complete lo siguiente:

Nombre del representante personal: \_\_\_\_\_

Relación con la persona: \_\_\_\_\_

**USTED TIENE DERECHO A RECIBIR UNA COPIA DE ESTA AUTORIZACIÓN DESPUÉS DE QUE LA FIRME.**

Envíe el formulario completado a:

BlueCross BlueShield of Tennessee  
 Privacy Office  
 1 Cameron Hill Circle  
 Chattanooga TN 37402