

Aviso a los Miembros:

- Llenar este formulario permitirá a New Hampshire Healthy Families compartir la información sobre su salud con la persona o grupo que usted identifique más abajo.
- No es necesario que firme este formulario u otorgue una autorización para compartir su información de salud. Los servicios y beneficios que usted recibe de New Hampshire Healthy Families no cambiarán si usted no firma este formulario.
- Derecho de cancelar (revocar): Si usted desea cancelar este Formulario de Autorización, llene el Formulario de Revocación en la siguiente página y envíelo por correo a la dirección que aparece a pie de página.
- New Hampshire Healthy Families no puede prometer que la persona o grupo, autorizados por usted, con los que el Plan comparte su información de salud, no la compartirán con terceros.
- Guarde una copia de todos los formularios llenos que usted nos envíe. New Hampshire Healthy Families puede enviarle copias si las necesitara.

Información del Miembro:

Nombre del Miembro (con letras de imprenta): _____ Fecha de nacimiento: __ / __ / __

Número de ID de Medicaid del Miembro / Número ID del Miembro: _____

Autorizo a New Hampshire Healthy Families a compartir mi información de salud con la persona o grupo que menciono más abajo. El propósito de la autorización es ayudarme con los beneficios y servicios que recibo de New Hampshire Healthy Families.

Información del receptor:

Nombre (persona/grupo): Dirección postal: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____ Teléfono: (____) ____ -- _____

New Hampshire Healthy Families puede compartir esta Información de Salud: (marque los casos que correspondan)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Toda mi información de salud; O | <input type="checkbox"/> Información sobre tratamiento para el abuso de alcohol y/o sustancias |
| <input type="checkbox"/> Toda mi información de salud EXCEPTO: | <input type="checkbox"/> Servicios de salud conductual o información sobre atención psiquiátrica |
| <input type="checkbox"/> Prescripción de fármacos/información de la medicación | <input type="checkbox"/> Otra: _____ |
| <input type="checkbox"/> Información sobre el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) o Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) | |

Fecha de fin de la autorización: __ / __ / __ (la autorización caduca a menos que sea cancelada)

Firma del Miembro: _____ **Fecha:** __ / __ / __
(Firma del Miembro o Representante Legal)

Si es firmado por un representante personal, mencione su relación con el Miembro. En caso de ser firmado por el Miembro o por el representante personal del Miembro, describa la relación más abajo y envíe copias de estos formularios (poder legal o nombramiento como tutor legal).

NH Healthy Families – Servicios para Miembros
2 Executive Park Dr.
Bedford, NH 03110
Llamada gratuita: 1-866-769-3085 Fax: 1-877-502-7255

Quiero cancelar o revocar la autorización que otorgué a New Hampshire Healthy Families para compartir mi información de salud con esta persona o grupo:

Información del Receptor:

Nombre del miembro (con letras de imprenta): _____

Dirección postal: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____ Teléfono: () _____

Fecha de firma de autorización (en caso de conocerla): ____ / ____ / ____

Información del miembro:

Nombre del Miembro (con letras de imprenta) _____ Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____

Número ID de Medicaid del miembro / Número ID del miembro: _____

Tengo conocimiento de que la información sobre mi salud ya podría haberse compartido debido a la autorización que otorgué antes. También tengo conocimiento de que esta cancelación solo se aplica a la autorización que otorgué para compartir mi información de salud con esta persona o grupo. Esta no anula ningún otro formulario de autorización que haya firmado para compartir mi información de salud con otra persona o grupo.

Firma del Miembro: _____ **Fecha:** ____ / ____ / ____

(Firma del Miembro o Representante Legal)

En caso de ser firmado por el Miembro, mencione su relación más abajo. En caso de ser firmado por el representante personal del miembro, describa el caso más abajo y envíe copias de estos formularios (poder legal o nombramiento como tutor legal).

New Hampshire Healthy Families dejará de compartir su información de salud después de recibir este formulario. Use la dirección postal que aparece a pie de página. También puede solicitar ayuda por teléfono al número que aparece más abajo.

NH Healthy Families – Servicios para Miembros
2 Executive Park Dr.
Bedford, NH 03110
1-866-769-3085 Fax: 1-877-502-7255