

**LEA CUIDADOSAMENTE LAS INSTRUCCIONES Y COMPLETE EL FORMULARIO A CONTINUACIÓN. NO SE ACEPTARÁN FORMULARIOS INCOMPLETOS.**

Para obtener ayuda con este formulario, consulte el aviso de la página 2 o llame al número de Departamento de Servicios al Afiliado de su plan.

LOGOTIPO DEL PLAN DE SALUD	NOMBRE DEL PLAN DE SALUD	DEPARTAMENTO DE SERVICIOS AL AFILIADO
   Healthy Connections 	Absolute Total Care (Medicaid)	1-866-433-6041 (TTY: 711)

**1 INFORMACIÓN DEL AFILIADO:**  
Nombre del afiliado (*en letra de imprenta*): \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_  
Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_ Teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento del afiliado: \_\_\_\_\_ Número de identificación del afiliado: \_\_\_\_\_

**2 LE OTORGO PERMISO A ABSOLUTE TOTAL CARE PARA USAR MI INFORMACIÓN DE SALUD CON EL PROPÓSITO IDENTIFICADO O PARA COMPARTIR MI INFORMACIÓN DE SALUD CON LA PERSONA O EL GRUPO QUE FIGURA DEBAJO. EL PROPÓSITO DE LA AUTORIZACIÓN ES (*marque una opción a continuación*):**  
 permitirle a Absolute Total Care ayudarme con mis beneficios y servicios  **O**  
 permitirle a Absolute Total Care usar o compartir mi información de salud para \_\_\_\_\_

**3 PERSONA O GRUPO QUE RECIBIRÁ LA INFORMACIÓN:**  
Nombre (persona o grupo): \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_  
Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_ Teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

**4 AUTORIZO A ABSOLUTE TOTAL CARE A UTILIZAR O COMPARTIR LA SIGUIENTE INFORMACIÓN MÉDICA**  
(*NOTA: seleccione la primera declaración para divulgar **TODA** la información médica o seleccione la segunda declaración para divulgar solo **CIERTA** información médica*).

**Marque solo una casilla a continuación. NO SE PUEDEN seleccionar ambas.**

**Toda mi información médica, QUE INCLUYE:**  
Información genética, servicios o resultados de pruebas; datos y registros sobre VIH/sida; datos y registros sobre salud mental (sin incluir notas de psicoterapia); datos y registros sobre medicamentos/fármacos que requieren receta médica; y datos y registros sobre alcoholismo y drogadicción (especifique cualquier información sobre trastorno por abuso de sustancias que pueda divulgarse).

**Toda mi información médica EXCEPTO (*marque solo las casillas a continuación que correspondan*):**  
 Información, servicios o análisis genéticos  
 Datos y registros sobre sida o VIH  
 Datos y registros sobre consumo de drogas y alcohol  
 Datos y registros sobre salud mental (sin incluir notas de psicoterapia)  
 Datos y registros sobre medicamentos/fármacos que requieren receta médica  
 Otra: \_\_\_\_\_

**5 ESTA AUTORIZACIÓN FINALIZA EN ESTA FECHA/ESTE EVENTO:** \_\_\_\_\_  
*Fecha en la que finaliza esta autorización a menos que se cancele. Si este campo está vacío, la autorización caduca un año a partir la fecha de la firma a continuación.*

**FIRMA DEL AFILIADO O REPRESENTANTE LEGAL:** \_\_\_\_\_

**6 FECHA:** \_\_\_\_\_  
SI ES EL REPRESENTANTE LEGAL - Relación con el afiliado: \_\_\_\_\_  
*Si usted es el representante legal o personal del afiliado, debe enviarnos copias de los formularios relevantes, como un poder legal o una orden judicial de tutela.*

ENVÍE EL FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN COMPLETO Y CUALQUIER DOCUMENTACIÓN DE RESPALDO A

Aviso para el afiliado:

**Absolute Total Care, ATTN: Compliance Department  
100 Center Point Circle, Suite 100, Columbia, SC 29210**

ATC-09012022-M-2.1-S-A

# Autorización para utilizar y divulgar información de salud

- Complete toda la información del formulario. Una vez que termine, envíe el formulario y cualquier documentación de respaldo a:

**Absolute Total Care  
ATTN: Compliance Department  
100 Center Point Circle, Suite 100  
Columbia, SC 29210**

**Para obtener ayuda con este formulario, llame al número de Departamento de Servicios al Afiliado de su plan que se indica a continuación.**

LOGOTIPO DEL PLAN DE SALUD	NOMBRE DEL PLAN DE SALUD	SERVICIOS PARA AFILIADOS
 	<b>Absolute Total Care (Medicaid)</b>	<b>1-866-433-6041 (TTY: 711)</b>

- Si completa este formulario, permitirá que Absolute Total Care (i) use su información de salud para un propósito particular o (ii) comparta su información de salud con la persona o entidad que usted identifique en este formulario.
- No es necesario que otorgue permiso para utilizar o compartir su información médica. Si no envía este formulario, ni su tratamiento, pago, inscripción ni elegibilidad a los servicios con Absolute Total Care cambiarán. Si quiere cancelar este formulario de autorización, envíenos una solicitud por escrito para revocarlo a la dirección que figura en la parte inferior de esta página. Se le puede proporcionar un formulario de revocación llamando al número de Departamento de Servicios al Afiliado de su plan que figura arriba o al dorso de su tarjeta de identificación de afiliado.
- Si quiere cancelar este formulario de autorización, excepto en situaciones en las que: (a) la compañía haya tomado medidas al respecto; (b) la autorización se haya obtenido como condición para obtener la cobertura del seguro u otra ley le brinde a la aseguradora el derecho de impugnar un reclamo en virtud de una póliza o de la póliza en sí misma, envíenos una solicitud por escrito para revocarlo a la dirección que figura en la parte inferior de esta página. Se le puede proporcionar un formulario de revocación llamando al número de teléfono de Departamento de Servicios al Afiliado de su plan que figura arriba o al dorso de su tarjeta de identificación de afiliado.
- Absolute Total Care no puede garantizar que la persona o el grupo con los que nos permita compartir su información de salud no la divulgarán ante otra persona, y dejará de estar protegida en virtud de la Sección 164 del Título 45 del Código de Regulaciones Federales (por sus siglas en inglés, CFR).
- Si usted consiente con la divulgación de cualquier registro sobre trastorno por abuso de sustancias a un destinatario que no es un pagador tercero 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 destinataria"), debe especificar el nombre del individuo con el que reciba servicios de un proveedor tratante en el centro destinatario o la entidad en la que los recibe, o solo indicar que su trastorno por abuso de sustancias puede divulgarse a sus proveedores tratantes actuales y futuros en la entidad destinataria.
- Guarde una copia de todos los formularios completados que nos envíe. Podemos enviarle copias si las necesita. Para solicitarlas, llame al número de teléfono de Departamento de Servicios al Afiliado de su plan que figura arriba o al dorso de su tarjeta de identificación de afiliado.
- Si necesita ayuda, comuníquese con el número de Departamento de Servicios al Afiliado de su plan que figura arriba o al dorso de su tarjeta de identificación de afiliado.