



## Autorización para usar y divulgar Información Médica Protegida (PHI)

Este formulario no se utiliza para solicitar una copia de sus registros. Si usted o su Representante legal desean solicitar dicha copia, complete el formulario "Solicitud de acceso" disponible en [individualrights.optum.com](http://individualrights.optum.com) en la sección "Forms" (Formularios) > "Pharmacy" (Farmacia).

Optum®, en nombre propio y de las compañías afiliadas, no puede divulgar la Información Médica Protegida (Protected Health Information, PHI) sin el consentimiento del paciente o miembro objeto de la información. Utilizamos este formulario para obtener su consentimiento por escrito para divulgar su Información Médica Protegida a la persona que usted designe. Esta solicitud no permite que la persona indicada tome ninguna decisión sobre su tratamiento o atención directa. Utilice este formulario para autorizar que la Información Médica Protegida que se detalla en la Sección 3 se comparta con la persona que usted designe, que se menciona en la Sección 2 a continuación. Al completar este formulario, proporcione su información actualizada.

### 1. Información del paciente o miembro (proporcione información actualizada)

Apellido	Nombre	Inicial del segundo nombre
Dirección de correo postal		N.º de apto.
Ciudad	Estado	Código postal
Número de identificación de miembro		
Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)	Número de teléfono con código de área	

### 2. Información de la persona indicada

Autorizo a Optum a usar y divulgar mi Información Médica Protegida a las personas u organizaciones indicadas a continuación. Comprendo que existen determinadas partes que deben proteger la privacidad de mi Información Médica Protegida. Estos son proveedores de atención médica y otras partes que están obligadas a proteger la privacidad de dicha información, en virtud de las leyes federales o estatales relacionadas. Si la persona que indico no es un proveedor de atención médica u otra parte que deba proteger mi Información Médica Protegida, podría comentarla o divulgarla sin mi permiso.

#### Persona autorizada n.º 1

Nombre	Número de teléfono con código de área	
Dirección de correo postal		N.º de apto.
Ciudad	Estado	Código postal
Relación con el paciente		

#### Persona autorizada n.º 2

Nombre	Número de teléfono con código de área	
Dirección de correo postal		N.º de apto.
Ciudad	Estado	Código postal
Relación con el paciente		

### 3. Descripción y propósito de la divulgación

**Seleccione la compañía a la que se aplica su solicitud\*:**

- Todas las entidades y filiales de Optum que se indican a continuación
- Farmacia especializada de Optum®
- Farmacia para terapia de infusión de Optum®
- Servicio de entrega a domicilio de Optum®
- Beneficios de farmacia/venta minorista de Optum Rx®

\* Si no se realiza una selección, esta autorización se aplicará a todas las empresas de Optum con las que tenga una cuenta.

**Los siguientes elementos requieren un consentimiento especial según la ley.**

Marque las casillas a continuación para indicar su intención de incluir:

- Abuso de alcohol o sustancias
- Información genética
- VIH/SIDA
- Salud mental o conductual
- Salud reproductiva

Describa la información cubierta por este consentimiento y el propósito de la divulgación. Comprendo que, al dejar esta sección en blanco, autorizo la divulgación de toda mi Información Médica Protegida, incluidos el perfil de paciente y los registros farmacéuticos, a mis representantes autorizados.

**Descripción:**

### 4. Vencimiento y revocación

Comprendo que este consentimiento vencerá treinta y seis (36) meses después de la fecha de mi firma, como se indica a continuación, a menos que lo revoque por escrito, solicite una fecha diferente a continuación o sea residente de un estado que requiera un plazo más corto.

Si desea que su consentimiento venza en una fecha diferente, anótela aquí: \_\_\_\_\_

Para aquellos que residen en los siguientes estados, la fecha de vencimiento no puede exceder:

12 meses: MD, MN      24 meses: MT, VA, Puerto Rico      30 meses: ME

### 5. Firma

**A. Persona autorizada indicada por el miembro o paciente:**

He leído y comprendo la información precedente. Reconozco que, al firmar este formulario, comprendo que mi decisión de firmar o no este formulario no afectará mi elegibilidad para el tratamiento o pago, y otorgo voluntariamente mi consentimiento a Optum y sus filiales para usar o divulgar mi Información Médica Protegida a las personas u organizaciones indicadas en la Sección 2.

Firma del miembro o paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**B. Representantes personales designados legalmente:**

He leído y comprendo la solicitud y reconozco que, al firmar este formulario, tengo el poder legal para actuar en nombre del miembro o paciente, y adjunto la documentación necesaria para esta solicitud.

Firma del representante personal: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

### 6. Envío del formulario completado

Correo postal: **Optum**      Fax: **1-866-889-2116**  
**Mail Stop: KS015-1000**  
**6860 West 115th Street**  
**Overland Park, KS 66211-**  
**2457**

Guarde una copia de este formulario para sus registros.

