

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN DEL PLAN DE SALUD

Por la presente autorizo a Scott and White Health Plan, que opera como Baylor Scott & White Health Plan, y a sus subsidiarias SHA, LLC, que opera como FirstCare Health Plans, Scott & White Care Plans, que opera como Baylor Scott & White Care Plan y Baylor Scott & White Insurance Company (denominados, en conjunto, BSWHP), a analizar y divulgar mi información médica personal, según corresponda, por escrito, en persona o por teléfono, con las siguientes personas y para los siguientes propósitos:

Coloque sus iniciales si corresponde: _____ Alcohol/Drogas _____ Genética _____ VIH/SIDA _____ Salud mental

Marque todas las opciones que correspondan:

<input type="checkbox"/> Información general de beneficios	<input type="checkbox"/> Información sobre reclamaciones	<input type="checkbox"/> Cambio demográfico	<input type="checkbox"/> Autorización/Remisiones
<input type="checkbox"/> Facturación/Primas	<input type="checkbox"/> Asistencia con las citas	<input type="checkbox"/> Solicitud/Elegibilidad	<input type="checkbox"/> Solicitudes de materiales
<input type="checkbox"/> Quejas/Apelaciones	<input type="checkbox"/> Tarjetas de identificación	<input type="checkbox"/> Otra _____	

Entiendo que esta autorización es voluntaria y puedo negarme a firmarla. Además, comprendo que mi atención médica y el pago de mi atención médica no se verán afectados si no firmo este formulario. Entiendo que si el destinatario autorizado para recibir la información no es una entidad cubierta, por ejemplo, una compañía de seguros o un proveedor que no es de atención médica, es posible que la información divulgada ya no esté protegida por las regulaciones de privacidad federales y estatales.

Además, comprendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento al enviar una declaración de revocación por escrito a Baylor Scott & White Health – Office of Corporate Compliance, Office of Corporate Compliance, 2401 S. 31st Street, MS-AR-300, Temple, Texas 76508. También entiendo que la revocación debe estar firmada e incluir una fecha posterior a la fecha de esta autorización. La revocación no afectará ninguna divulgación realizada antes de recibir la revocación por escrito.

Este documento caducará al momento de la revocación, o en la fecha o el evento especificados aquí _____.

Nombre del miembro		Fecha de nacimiento
Dirección	Ciudad, estado, código postal	Número de teléfono

La información se divulgará a:

Nombre de la persona/organización		Número de teléfono
Dirección	Ciudad, estado, código postal	Número de fax
Nombre de la persona/organización		Número de teléfono
Dirección	Ciudad, estado, código postal	Número de fax

Propósito del uso o la divulgación: Atención continua Legal Seguro Uso personal Otro _____

Formato de copia de registro: Papel CD _____

Entrega de copia de registro: Recogida Correo postal Fax al consultorio de atención médica

Entiendo que este documento se aplica a todos los departamentos, proveedores de atención médica o empleados de BSWHP.

Firma del miembro/representante legal (no se acepta firma electrónica) Fecha

Nombre en imprenta del miembro/representante legal Relación con el miembro

Autoridad del representante para actuar en nombre del miembro (adjuntar documentación de respaldo)

Envíe el formulario completo por correo postal o fax.

Correo postal: Attn: Customer Advocacy
1206 W. Campus Drive, Temple, TX 76502
Fax: 254.298.3663

Teléfono: General: 844.633.5325; TTY: 711
RightCare: 855.897.4448 (855.TX.RIGHT)
Mercado de Salud de FirstCare: 855.572.7238

Baylor Scott & White Health Plan complies with applicable Federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex.

Baylor Scott & White Health Plan cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

Baylor Scott & White Health Plan tuân thủ luật dân quyền hiện hành của Liên bang và không phân biệt đối xử dựa trên chủng tộc, màu da, nguồn gốc quốc gia, độ tuổi, khuyết tật, hoặc giới tính.

English: We have free interpreter services to answer any questions you may have about our health or drug plan. To get an interpreter, just call us at 1-866-334-3141. Someone who speaks English/Language can help you. This is a free service.

Spanish: Tenemos servicios de intérprete sin costo alguno para responder cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestro plan de salud o medicamentos. Para hablar con un intérprete, por favor llame al 1-866-334-3141. Alguien que hable español le podrá ayudar. Este es un servicio gratuito.

Chinese Mandarin: 我们提供免费的翻译服务，帮助您解答关于健康或药物保险的任何疑问。如果您需要此翻译服务，请致电 1-866-334-3141。我们的中文工作人员很乐意帮助您。这是一项免费服务。

Chinese Cantonese: 您對我們的健康或藥物保險可能存有疑問，為此我們提供免費的翻譯服務。如需翻譯服務，請致電 1-866-334-3141。我們講中文的人員將樂意為您提供幫助。這是一項免費服務。

Tagalog: Mayroon kaming libreng serbisyo sa pagsasaling-wika upang masagot ang anumang mga katanungan ninyo hinggil sa aming planong pangkalusugan o panggamot. Upang makakuha ng tagasaling-wika, tawagan lamang kami sa 1-866-334-3141. Maaari kayong tulungan ng isang nakakapagsalita ng Tagalog. Ito ay libreng serbisyo.

French: Nous proposons des services gratuits d'interprétation pour répondre à toutes vos questions relatives à notre régime de santé ou d'assurance-médicaments. Pour accéder au service d'interprétation, il vous suffit de nous appeler au 1-866-334-3141. Un interlocuteur parlant Français pourra vous aider. Ce service est gratuit.

Vietnamese: Chúng tôi có dịch vụ thông dịch miễn phí để trả lời các câu hỏi về chương sức khỏe và chương trình thuốc men. Nếu quý vị cần thông dịch viên xin gọi 1-866-334-3141 sẽ có nhân viên nói tiếng Việt giúp đỡ quý vị. Đây là dịch vụ miễn phí .

German: Unser kostenloser Dolmetscherservice beantwortet Ihren Fragen zu unserem Gesundheits- und Arzneimittelplan. Unsere Dolmetscher erreichen Sie unter 1-866-334-3141. Man wird Ihnen dort auf Deutsch weiterhelfen. Dieser Service ist kostenlos.

Korean: 당사는 의료 보험 또는 약품 보험에 관한 질문에 대해 드리고자 무료 통역 서비스를 제공하고 있습니다. 통역 서비스를 이용하려면 전화 1-866-334-3141 번으로 문의해 주십시오. 한국어를 하는 담당자가 도와 드릴 것입니다. 이 서비스는 무료로 운영됩니다.

Russian: Если у вас возникнут вопросы относительно страхового или медикаментного плана, вы можете воспользоваться нашими бесплатными услугами переводчиков. Чтобы воспользоваться услугами переводчика, позвоните нам по телефону 1-866-334-3141. Вам окажет помощь сотрудник, который говорит по-русски. Данная услуга бесплатная.

Arabic: إننا نقدم خدمات المترجم الفوري المجانية للإجابة عن أي أسئلة تتعلق بالصحة أو جدول الأدوية لدينا. للحصول . سيقوم شخص ما يتحدث العربية 1-866-334-3141 على مترجم فوري، ليس عليك سوى الاتصال بنا على . بمساعدتك. هذه خدمة مجانية.

Hindi: हमारे स्वास्थ्य या दवा की योजना के बारे में आपके किसी भी प्रश्न के जवाब देने के लिए हमारे पास मुफ्त दुभाषिया सेवाएँ उपलब्ध हैं. एक दुभाषिया प्राप्त करने के लिए, बस हमें 1-866-334-3141 पर फोन करें. कोई व्यक्ति जो हिन्दी बोलता है आपकी मदद कर सकता है. यह एक मुफ्त सेवा है.

Italian: È disponibile un servizio di interpretariato gratuito per rispondere a eventuali domande sul nostro piano sanitario e farmaceutico. Per un interprete, contattare il numero 1-866-334-3141. Un nostro incaricato che parla Italianovi fornirà l'assistenza necessaria. È un servizio gratuito.

Portugués: Dispomos de serviços de interpretação gratuitos para responder a qualquer questão que tenha acerca do nosso plano de saúde ou de medicação. Para obter um intérprete, contacte-nos através do número 1-866-334-3141. Irá encontrar alguém que fale o idioma Português para o ajudar. Este serviço é gratuito.

French Creole: Nou genyen sèvis entèprèt gratis pou reponn tout kesyon ou ta genyen konsènan plan medikal oswa dwòg nou an. Pou jwenn yon entèprèt, jis rele nou nan 1-866-334-3141. Yon moun ki pale Kreyòl kapab ede w. Sa a se yon sèvis ki gratis.

Polish: Umożliwiamy bezpłatne skorzystanie z usług tłumacza ustnego, który pomoże w uzyskaniu odpowiedzi na temat planu zdrowotnego lub dawkowania leków. Aby skorzystać z pomocy tłumacza znającego język polski, należy zadzwonić pod numer 1-866-334-3141. Ta usługa jest bezpłatna.

Japanese: 当社の健康 健康保険と薬品 処方薬プランに関するご質問にお答えするために、無料の通訳サービスがあります。通訳をご用命になるには、1-866-334-3141 にお電話ください。日本語を話す人 者が支援いたします。これは無料のサービスです。