

PHI-2024

¿QUIÉN PUEDE RECIBIR Y USAR LA INFORMACIÓN DE SALUD?

NOMBRE

DIRECCIÓN POSTAL

CIUDAD

CÓDIGO POSTAL

FECHA DE NACIMIENTO

 / /

TEL. DE CONTACTO DE DÍA

 / /

OTRO TEL.

 / /

FEMENINO

MASCULINO

☐ ☐

POR FAVOR SELECCIONE A QUIEN CORRESPONDA:

- | | |
|--|--|
| ☐ Yo | ☐ Tutor legal |
| ☐ Padre biológico o adoptivo | ☐ Esposo |
| ☐ Padraastro | ☐ Padre sustituto (de crianza temporal) |
| ☐ Representante legal: alguien con facultad legal para actuar en representación del Miembro | ☐ Otra _____ |

Si la persona que firma esta autorización no es el Miembro, deberá proporcionar una copia del poder notarial de atención médica, el certificado de nacimiento u otro documento pertinente que lo autorice a actuar en representación del Miembro, junto con su comprobante de identidad.

¿QUÉ INFORMACIÓN SE PUEDE DIVULGAR?

- ☐ Toda la información descrita a continuación

- | | |
|---|--|
| ☐ Información de beneficios, facturación y reclamaciones | ☐ Solicitud de tarjeta de identificación |
| ☐ Cambios de proveedor de atención primaria | ☐ Pago de primas |
| ☐ Cambios de domicilio | ☐ Ortografía del nombre y otra información personal |

Se requieren sus iniciales para autorizar la divulgación de la siguiente información:

- | | |
|--|-------------------------------------|
| ___ Información de salud mental | ___ Embarazo/Planificación familiar |
| ___ Drogadicción, Alcoholismo, Abuso de Sustancias | ___ VIH/SIDA |
| ___ Información genética | |

Por favor tenga en cuenta: Existen restricciones respecto de la cantidad de información que podemos compartir con otras personas en relación con su cuenta. Aviso para los padres: estas restricciones puede que no afecten los derechos legales que ustedes tienen de acceder a la información de su hijo/a por otros medios, como por ejemplo, contactándose con el médico de atención primaria de su hijo/a.

