

**AUTORIZACIÓN VOLUNTARIA PARA REVELAR INFORMACION PROTEGIDA DE SALUD A UNA TERCERA PERSONA**

Por favor complete y envíe este formulario a la siguiente dirección:

Group & Individual Privacy Official (AX-E05)  
BlueCross® BlueShield® of South Carolina  
I-20 at Alpine Road  
Columbia, SC 29219  
Fax: (803) 264-0174

**Sección 1: Autorización** -Yo autorizo a las siguientes personas o entidades para que obtengan, utilicen o revelen mi información protegida de salud tal como aparece escrito en las secciones 2 y 3 abajo. Por favor, indique solamente los que usted desee que tengan acceso a su información protegida de salud para poder asistirle a usted.

- Esposo(a) – Nombre: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_ Número Telefónico: \_\_\_\_\_
- Agente/Agencia - Nombre \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_ Número Telefónico: \_\_\_\_\_ Número de Agencia: \_\_\_\_\_
- Coordinador de Beneficios de la cobertura de seguro: Nombre: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_ Número Telefónico: \_\_\_\_\_
- Otro – Nombre: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_ Número Telefónico: \_\_\_\_\_ Relación con el Cliente: \_\_\_\_\_

Yo comprendo que este acuerdo es voluntario y BlueCross BlueShield de Carolina del Sur no determinará mi elegibilidad para una póliza de seguro basado en el hecho de que yo firme o no este formulario. Yo comprendo que las personas nombradas arriba pueden en un futuro revelar mi información, y leyes de privacidad federal o estatal quizás no me protegerán (ejemplo: en caso de fondos de ayuda a los damnificados de catástrofe, reportes de salud pública, o investigaciones u otras circunstancias permitida bajo las leyes.)

**Sección 2: Propósito y Alcance/Ámbito de la Autoridad**

El propósito de esta autorización es para permitir a la persona(s) mencionada arriba la siguiente capacidad:

- Yo autorizo a BlueCross BlueShield de Carolina del Sur que revele mi información protegida de salud concerniente a toda mi información de reclamos (con excepción de las notas de psicoterapia) o los pagos de reclamo mientras este bajo la cobertura de BlueCross.

Por favor incluya cualquier limitación a lo mencionado arriba: \_\_\_\_\_

**Y/ O**

- Yo autorizo a BlueCross BlueShield de Carolina del Sur que revele mi información protegida de salud (con excepción a las notas de psicoterapia) a lo siguiente (por favor sea muy específico): \_\_\_\_\_

**Sección 3: Opciones para Revelar Documentos:** Yo autorizo la revelación de mi información protegida de salud a las personas nombradas arriba por vía telefónica o enviando copias de todos los documentos en referencia a mi elegibilidad por medio del correo, por fax, en persona o por transmisión electrónica.

**Sección 4: Expiración y Revocación – Expiración:** Esta autorización va a expirar: 1) siguiendo la fecha efectiva de la terminación de la cobertura de la póliza de BlueCross BlueShield de Carolina del Sur; 2) cuando el nombrado en la parte de arriba no sea mi agente o agencia; o 3) siguiendo mi revocación por escrito, cualquiera que ocurra primero. **Revocación:** Yo comprendo que yo puedo revocar esta autorización en cualquier momento dando nota por escrito de mi revocación a la dirección en la parte de arriba. Yo comprendo que la revocación de esta autorización no afectara ninguna acción que BlueCross tomó en concordancia con esta autorización antes de que de que BlueCross reciba mi nota de revocación.

**Sección 5: Persona(s) que autorizan y Firmas** – Yo, el abajo firmante, he tenido plena oportunidad de leer y considerar el contenido de esta autorización y confirmo, que el contenido es consistente con mis indicaciones. Yo comprendo que al firmar este formulario, yo estoy confirmando mi autorización, el alcance/ámbito de autoridad, el medio por el cual se deba revelar mi información, la expiración de esta autorización y la opción de revocar esta autorización. Todos los individuos los cuales están incluidos sus nombres en la sección 5, pueden tener Información Protegida de Salud revelada a cualquier persona(s) o entidades mencionadas en la sección 1.

Nombre y Dirección del asegurado o del empleado con cobertura: \_\_\_\_\_  
Numero Telefónico: \_\_\_\_\_

El número de identificación o seguro social de reclamos que estará en su archivo es: [ ][ ] - [ ][ ] - [ ][ ][ ][ ][ ][ ]

Incluya los dependientes bajo los 18 años de edad que estarán incluidos en esta Autorización para la Revelación de Información de Salud a la persona(s)/entidades mencionadas en la sección 1:

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Firma del esposo(a): \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Firma del dependiente de 18 años de edad o mayor: \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Por favor note: El Solicitante/Miembro no debe firmar esta autorización por su esposo(a) o dependientes de 18 años de edad o mayor.**

**Usted debe guardar una copia firmada de esta autorización para sus propios archivos; sin embargo, una copia firmada de la autorización se le dará si usted la pide.**