

# Autorización para usar y dar a conocer La información de salud



8325 Lenexa Dr. Ste 410  
Lenexa, KS 66214

## Notice to Member:

- Completing this form will allow Sunflower Health Plan to (i) use your health information for a particular purpose, and/or (ii) share your health information with the individual or entity that you identify on this form.
- You do not have to give permission to use or share your health information. Your services and benefits with Sunflower Health Plan will not change if you do not submit this form.
- If you want to cancel this authorization form, send us a written request to revoke it at the address on the bottom of this page. A revocation form can be provided to you by calling Customer Service at the phone number on the back of your member ID card.
- Sunflower Health Plan cannot promise that the person or group you allow us to share your health information with will not share it with someone else.
- Keep a copy of all completed forms that you send to us. We can send you copies if you need them.
- If you need help, contact Customer Service at the phone number on the back of your member ID card.
- Fill in all the information on this form. When finished, mail the form and any supporting documentation to:

**Sunflower Health Plan**  
**ATTN: Compliance Department**  
**8325 Lenexa Dr., Ste. 410, Lenexa, KS 66214**

---

## Aviso al (la) afiliado(a):

- Al llenar este formulario, usted autoriza a Sunflower Health Plan a (i) que use su información de salud para un fin en particular, y/o (ii) que la dé a conocer a la persona o entidad que usted identifique en este formulario.
- Usted no tiene que firmar este formulario ni dar permiso a usar o dar a conocer su información de salud. Sus servicios y beneficios de Sunflower Health Plan no cambiarán si usted no firma este formulario.
- Si desea cancelar este formulario de autorización, envíenos por escrito una solicitud para revocarlo a la dirección que aparece al final de esta página. Servicio al Cliente puede proporcionarle un formulario de revocación si les llama al número telefónico que aparece en la parte de atrás de su tarjeta de identificación de afiliación.
- Sunflower Health Plan no puede prometer que la persona o el grupo al que nos permita dar a conocer su información de salud no la dará a conocer a alguien más.
- Conserve una copia de todos los formularios llenos que nos envíe. Si las necesita, podemos enviarle copias.
- Si necesita ayuda, comuníquese con Servicio al Cliente llamando al número telefónico que aparece en la parte de atrás de su tarjeta de identificación de afiliación.
- Llene toda la información en este formulario. Al terminar, envíe el formulario y todos los documentos de apoyo a

Sunflower Health Plan  
ATTN: Compliance Department  
8325 Lenexa Dr., Ste. 410, Lenexa, KS 66214

Por favor, lea las instrucciones detenidamente y llene **TODOS LOS CAMPOS** de abajo.  
**No se aceptan formularios incompletos.**

**1 Información del (la) afiliado(a):**

Nombre del (la) afiliado(a) (*letra de molde*): \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento del (la) afiliado(a): \_\_\_\_\_ Núm. de identificación de afiliación: \_\_\_\_\_

**2 Doy permiso a Sunflower Health Plan a que comparta mi información de salud con la persona/el grupo que se menciona a continuación. El propósito de la autorización es (*marque una de las opciones*):**

- Coordinar la atención o los beneficios: Para permitir que Sunflower Health Plan se comuniquen con la persona/grupo mencionado
- Solicitar expedientes: Para solicitar a Sunflower Health Plan que envíe mi información de salud a la persona/grupo mencionado (*fechas o descripción de los registros que se enviarán*): \_\_\_\_\_

**3 Persona o grupo que recibirá la información (*añada más Personas o Grupos en la página siguiente*):**

Nombre (persona o grupo): \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

**4 Autorizo a Sunflower Health Plan a que use o comparta toda mi información de salud**

[Información, servicios o resultados de pruebas de genética, información y registros del VIH/SIDA, información y registros de salud mental (pero no las notas de psicoterapia), información y registros de fármacos/medicamentos de venta con receta, así como información y registros sobre el alcoholismo y la drogadicción (por favor especifique la información sobre todo trastorno de consumo de sustancias que pueda darse a conocer: \_\_\_\_\_)];

**EXCEPTO** (*si lo desea, marque sólo los puntos siguientes que NO deben divulgarse*):

- Información, servicios o pruebas de genética
- Información y registros de salud mental
- Información y registros del SIDA o VIH
- Información y registros de fármacos/medicamentos de venta con receta
- Información y registros sobre el alcoholismo y la drogadicción
- Otra información de salud que debe excluirse: \_\_\_\_\_

**5 Esta autorización termina en esta fecha/evento:** \_\_\_\_\_

*Fecha o evento específico en que esta autorización termina, a menos que se cancele. Si este campo se deja en blanco, o no indica una fecha/evento específico, la autorización vencerá un año a partir de la fecha en que se firme este documento, abajo.*

**6 Firma de (la) afiliado(a) o su representante:** \_\_\_\_\_

Nombre, con letra de molde: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

*Si la persona que firma este formulario es el (la) representante personal o legal del (la) afiliado(a), debe enviarnos copias de los formularios relevantes, como poder legal u orden de tutela. Este formulario no se aceptará sin los documentos de apoyo.*

**PERSONA(S) INDIVIDUAL(ES) O GRUPO(S) ADICIONAL(ES) QUE RECIBIRÁ(N) LA INFORMACIÓN:**

NOTA: Si está autorizando el que se dé a conocer cualquier registro sobre el trastorno de consumo de sustancias a un receptor que no es ni un tercero que paga ni un proveedor, centro o programa de atención de la salud del que recibe servicios de un proveedor tratante, como un intercambio de seguros de salud o una institución de investigación (en lo sucesivo llamada "la entidad receptora"), debe especificar el nombre de la persona o entidad de la que recibe los servicios de un proveedor tratante en esa entidad receptora, o sencillamente declarar que sus registros sobre el trastorno de consumo de sustancias pueden darse a conocer a sus proveedores tratantes, actuales y futuros, de esa entidad receptora.

Nombre (persona o entidad): \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Nombre (persona o entidad): \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Nombre (persona o entidad): \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Nombre (persona o entidad): \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Nombre (persona o entidad): \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Nombre (persona o entidad): \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Nombre (persona o entidad): \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Nombre (persona o entidad): \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_