



Privacy Authorization Form
Formulario de autorización para información privada

Section 1
Sección 1

Member Name:
Nombre del asegurado:

Member Date of Birth: Member ID#:
Fecha de nacimiento del asegurado: Nº de ID de asegurado:

Address:
Dirección: Street (Calle) City (Ciudad) State (Estado) Zip (Código postal)

Telephone (day): (evening)
Teléfono (diurno): (nocturno)

Name of Requestor* (if not member):
Nombre del solicitante* (si no es un asegurado):

Requestor Address (if not member):
Dirección del solicitante (si no es un asegurado):

* If not member you must send Maryland Health Insurance Plan copies of any papers that show you have the right to make this request.
* Si no es un asegurado, debe enviar copias de los documentos de Maryland Health Insurance Plan que muestren que usted tiene derecho a realizar esta solicitud.

Section 2
Sección 2

I want Maryland Health Insurance Plan to use or disclose records of the member named above:
Deseo que Maryland Health Insurance Plan use o divulgue los registros del asegurado que se menciona anteriormente:

(Check box that applies)
(Marque la casilla que corresponda)

- To help Maryland Health Insurance Plan coordinate the member's health
Para ayudar a Maryland Health Insurance Plan a coordinar la atención médica del asegurado
For workers' compensation claims
Por reclamos de compensación del trabajador (accidentes de trabajo)
For insurance coverage or payment for care/services
Por cobertura de seguros o pago por atención/servicios
Other (tell us)
Otro (infórmenos)

Section 3
Sección 3

I want Maryland Health Insurance Plan to disclose the information checked below (Check **ALL** that apply):
*Deseo que Maryland Health Insurance Plan divulgue la información marcada a continuación (marque **TODO** lo que corresponda):*

- Claims and/or Explanations of Benefits
Reclamos y/o explicaciones de beneficios
- Benefits and/or Premium Information
Información sobre beneficios y/o primas
- Appeal information
Información sobre apelaciones
- AIDS/HIV and other communicable diseases information (e.g. venereal disease)
Información sobre SIDA/VIH y otras enfermedades contagiosas (por ejemplo, enfermedades venéreas)
- Mental health information (including behavioral health and psychiatric care)
Información sobre salud mental (inclusive atención de salud del comportamiento y psiquiátrica)
- Alcohol and/or drug abuse treatment information
Información sobre tratamiento por abuso de alcohol y/o drogas
- Genetic testing information
Información sobre pruebas genéticas
- Other _____
Otras (List dates of service, provider names, etc.)
(Detalle las fechas de servicio, nombres de proveedores, etc.)

Section 4
Sección 4

I authorize Maryland Health Insurance Plan to use or disclose records of the member name above to:
Yo autorizo a Maryland Health Insurance Plan a usar o divulgar los registros del asegurado que se menciona anteriormente a:

Name of person/entity: _____
Nombre de la persona/entidad:

Address: _____ Telephone: _____
Dirección: Teléfono:

Section 5
Sección 5

I (the member or person acting for the member) agree to the following:
Yo (el asegurado o la persona que representa al asegurado) acepto lo siguiente:

- I may authorize Maryland Health Insurance Plan to use or disclose member records. When I give an approval, Maryland Health Insurance Plan will disclose member records to a person or company.
Puedo autorizar a Maryland Health Insurance Plan a usar o divulgar los registros del asegurado. Cuando doy una aprobación, Maryland Health Insurance Plan divulgará los registros del asegurado a una persona o compañía.
- I know that member records can't always be kept safe under privacy laws. I know a person or company that receives member records may disclose them again.
Tengo conocimiento de que los registros de los asegurados no siempre se pueden mantener

seguros de acuerdo con las leyes de privacidad. Reconozco que una persona o compañía que recibe los registros de un asegurado puede volver a divulgarlos.

- I may take back this authorization by submitting to Maryland Health Insurance Plan a request in writing at the address listed below.
Puedo retirar esta autorización enviando una solicitud por escrito a Maryland Health Insurance Plan, a la dirección que se detalla a continuación.
- I may not be allowed to take back an authorization in some cases. I can learn more about this in Maryland Health Insurance Plan's Notice of Privacy Practices.
En algunos casos es posible que no se me permita retirar una autorización. Puedo obtener más información sobre esto en la Declaración de prácticas de privacidad de Maryland Health Insurance Plan.
- I want this authorization to end on the following date, event, or condition:
Deseo que esta autorización venza en la fecha, ocasión o condición que se detallan a continuación:

-
- I may take back this authorization before the above date, event, condition by telling Maryland Health Insurance Plan in writing at the address listed below.
Puedo retirar esta autorización antes de la fecha, ocasión, o condición antes mencionados, comunicándolo por escrito a Maryland Health Insurance Plan en la dirección que se detalla a continuación.
 - I have read and understand this form.
He leído y comprendido este formulario.

If member – Signature of Member
Si es un asegurado - Firma del asegurado

Date
Fecha

If member – Print Member Name
Si es un asegurado - Nombre del asegurado en letra imprenta

If not member – Signature of Legal Representative
Si no es un asegurado - Firma del representante legal

Date
Fecha

In not member – Print Name of Legal Representative
Si no es un asegurado - Nombre del representante legal en letra imprenta

Please send this Privacy Authorization Form to:
Envíe este Formulario de autorización para información privada a:

**Maryland Health Insurance Plan
Privacy Office
10455 Mill Run Circle
Owings Mills MD 21117
Fax: 410-505-6692**

If you need help filling out this form please call the Privacy Office at: 1-800-853-9236.
Si necesita ayuda para completar este formulario, llame a la Oficina de información privada al: 1-800-853-9236.