

## FORMULARIO DE DELEGADO AUTORIZADO

**Instrucciones:** Con este formulario usted autoriza a Blue Cross and Blue Shield of Louisiana (BCBSLA)\*\* a compartir su información de salud protegida con otra persona o compañía (por ejemplo, con su cónyuge o agente de seguros). Complete la Sección C con sus datos y la Sección D con los datos de la persona o compañía que recibirá la información. También debe firmar la Sección F del formulario.

\*\*BCBSLA se refiere a Louisiana Health Service & Indemnity Company que opera con el nombre de Blue Cross and Blue Shield of Louisiana y su subsidiaria HMO Louisiana, Inc. (a los que se hace referencia colectivamente en este documento como "BCBSLA")

### Sección A: Propósito

Este formulario es presentado a petición de la persona indicada en la Sección C para permitirle a BCBSLA compartir la información de salud protegida de esa persona con las personas que se mencionan en la Sección D.

### Sección B: Información de salud protegida que se divulgará

Autorizo a BCBSLA a divulgar mi información personal protegida por leyes federales o estatales a las personas o compañías indicadas en la Sección D. Entiendo que esta información personal puede contener información médica detallada excepto notas de psicoterapia, información sobre VIH o información genética. (Para divulgar esos tipos de información se requiere un formulario de autorización adicional).

### Sección C: Información del miembro (requerido)

(Proporcione los datos de la persona específica cuyos datos se compartirán, aunque esa persona no sea el titular de la póliza).

\*Nombre: \_\_\_\_\_

\*Dirección: \_\_\_\_\_

\*Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

\*ID del miembro: \_\_\_\_\_ O Número de Seguro Social: \_\_\_\_\_

### Sección D: Personas u organizaciones que recibirán la información (requerido)

Indique el nombre de la persona o compañía a quien BCBSLA le podrá dar su información protegida. Nosotros tenemos que confirmar la identidad de la persona cuando llame, por lo tanto proporcione la fecha de nacimiento o el número de la licencia de conducir de la persona o el número de identificación tributaria de la compañía que esté en la lista a continuación.

Persona/organización n.º 1

Persona/organización n.º 2

\*Nombre \_\_\_\_\_ \*Nombre \_\_\_\_\_

\*Dirección \_\_\_\_\_ \*Dirección \_\_\_\_\_

\*Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_ \*Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

\*Fecha de nacimiento/identificación tributaria: \_\_\_\_\_ \* Fecha de nacimiento/identificación tributaria: \_\_\_\_\_

\*N.º de la licencia de conducir: \_\_\_\_\_ \*N.º de la licencia de conducir: \_\_\_\_\_

\*Esta información se requiere para procesar el formulario.

(Reverso)

## Sección E: Información importante

**Sin condiciones.** BCBSLA continuará brindándole sus servicios si no completa este formulario. Nosotros simplemente no podremos compartir su información con las personas en la lista si no completa este formulario.

**Divulgación adicional.** Si a las personas o a la compañía indicadas en la Sección D no se les requiere cumplir las leyes federales de privacidad de la información de salud, es posible que compartan su información y esta podría ya no estar protegida por las leyes federales de privacidad de la información de salud.

**Vencimiento.** Esta autorización vencerá automáticamente cuando BCBSLA reciba notificación de que usted ha cancelado su cobertura de seguro de salud.

**Derecho de revocación.** Usted puede cancelar la autorización que le otorgó a BCBSLA para compartir su información con las personas que se mencionan en este formulario escribiendo a la Oficina de Privacidad. Cancelar su autorización no afectará ninguna acción tomada por nosotros antes de recibir su carta.

---

## Sección F: Firma del miembro (requerida)

Yo, \_\_\_\_\_, he leído y reflexionado sobre el contenido de este formulario. Acepto que la información detallada en este formulario es correcta. Entiendo que al firmar este formulario estoy autorizando a BCBSLA a compartir mi información de salud protegida con las personas en la lista de la Sección D.

**Firma:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

*Si este formulario es firmado por alguien que no es el miembro, complete la Sección G.*

## Sección G: Representante legal

Si esta autorización es firmada por un representante legal \* u otra persona que no es el miembro a nombre de la persona en la Sección C, complete lo siguiente:

Nombre del representante personal: \_\_\_\_\_

Relación con la persona: \_\_\_\_\_

**NOTA: Usted DEBERÁ adjuntar la documentación legal de la tutela o un poder notarial. Esta información se requiere para procesar el formulario.**

\*El título de representante legal es una designación legal y generalmente se refiere al padre o tutor legal de un menor o a quien posea el debido poder notarial.

Oficina de Privacidad  
5525 Reitz Avenue, Baton Rouge, LA 70809-3802  
Teléfono: (225) 298-1751

## Envíe los formularios completados a:

**Customer Service**  
**Blue Cross and Blue Shield of Louisiana**  
**P.O. Box 98029**  
**Baton Rouge, LA 70898-9029**  
**Fax: (225) 297-2727 o (225) 295-2494**

(Reverso)