

Otorgo mi consentimiento a CalViva Health para que use o comparta la información médica indicada a continuación:

Toda mi información médica. ESTO INCLUYE:

- Información, servicios o pruebas genéticas
- Atención para la afirmación del género
- Infecciones de transmisión sexual (incluye datos y registros sobre el VIH/SIDA)
- Trastornos por abuso de sustancias (en relación con datos sobre el consumo de alcohol/ medicamentos que requieren receta médica)
- Datos y registros sobre salud mental y del comportamiento (excluye notas de psicoterapia)
- Datos sobre salud reproductiva y sexual (incluye todos los servicios relacionados con la planificación familiar y el embarazo)

O bien,

Toda mi información médica EXCEPTO (marque todas las casillas que correspondan):

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Información, servicios o pruebas genéticas | <input type="checkbox"/> Datos y registros sobre salud mental y del comportamiento (excluye notas de psicoterapia) |
| <input type="checkbox"/> Atención para la afirmación del género | <input type="checkbox"/> Datos sobre salud reproductiva y sexual (incluye todos los servicios relacionados con la planificación familiar y el embarazo) |
| <input type="checkbox"/> Infecciones de transmisión sexual (incluye datos y registros sobre el VIH/SIDA) | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |
| <input type="checkbox"/> Trastornos por abuso de sustancias (en relación con datos sobre el consumo de alcohol/ medicamentos que requieren receta médica) | |

Vencimiento de la autorización

Esta aprobación finalizará el / / (mm/dd/aa). Tendrá validez durante un año solamente. Si no se proporciona una fecha, vencerá dentro del plazo de un año de la fecha que se especifica a continuación.

Firma del afiliado (el afiliado o el representante legal deben firmar aquí):

Fecha:

 / /

Si usted está firmando en nombre del afiliado, describa cómo conoce al afiliado a continuación. Si es Representante Personal del afiliado, descríballo a continuación. Y envíenos copias de esos formularios (p. ej., Poder Legal u Orden de Tutela).

Otra/s persona/s o entidad/es que recibirá/n información

Nota: Si usted está otorgando su consentimiento para divulgar cualquier registro sobre trastornos por abuso de sustancias a una persona o lugar que no es un:

- Pagador externo
- Proveedor de atención de salud
- Centro
- Programa donde usted recibe servicios de parte de un proveedor tratante (p. ej., mercado de seguros de salud o instituto de investigación), que se denomina de aquí en adelante “entidad destinataria”

Debe especificar el nombre de la persona con quien, o la entidad donde, usted recibe servicios de parte de un proveedor tratante de esa entidad destinataria. O bien, simplemente debe indicar que sus registros sobre trastornos por abuso de sustancias pueden divulgarse a sus proveedores tratantes actuales y futuros de esa entidad destinataria.

Nombre (persona o grupo):			
Dirección:			
Ciudad:	Estado:	Código postal:	Teléfono:

Nombre (persona o grupo):			
Dirección:			
Ciudad:	Estado:	Código postal:	Teléfono:

Nombre (persona o grupo):			
Dirección:			
Ciudad:	Estado:	Código postal:	Teléfono:

Envíe el formulario completado por correo a:
 CalViva Health Eligibility Department
 P.O. Box 10420, Van Nuys, CA 91499-6208
 Teléfono: 888-893-1569
 Fax: 844-222-3180