

Navitus Health Solutions®
Autorización para permitir la divulgación de información sobre la salud
Complete todas las secciones para obtener un formulario válido

Nombre del miembro que autoriza la liberación

Número de identificación de Navitus

Dirección de miembro ciudad, Estado, Código Postal

Teléfono de los miembros

Miembro SSN (opcional)

Fecha de Nacimiento

Autorizo la siguiente revelación de mi información de salud protegida por Navitus Health Solutions a los siguientes individuos:

**Nombre de
Persona(s):** _____

Dirección(es): _____

**Ciudad, Estado,
Código Postal:** _____

1. El propósito o la necesidad de esta divulgación es:

Resolución de facturación de reclamaciones

Coordinación de la atención a la dependiente/cónyuge

Elegibilidad de seguro y/o información de beneficios

Otros

(especifique): _____

2. La siguiente información debe ser revelada de mi registro:

Registro completo

Intervalo de fechas específico

(especifique): _____

Medicamentos específicos (especifique):

Otra razón

(especifique): _____

3. Esta autorización se terminará en la fecha o evento siguiente:

Tras la terminación de la cobertura

Fecha específica

(especifique): _____

Otro Evento (especifique):

Opcional: la información sensible siguiente se debe incluir en la divulgación:

Tratamiento para el abuso de alcohol y drogas

Tratamiento relacionado con el VIH/SIDA

Enfermedades de transmisión sexual

Planificación familiar/control de la natalidad

Tratamiento de salud mental

Otra razón

(especifique): _____

Sus derechos con respecto a esta autorización:

- **Derecho a recibir copia de esta autorización:** Entiendo que si acepto firmar esta autorización, puedo ser provista con una copia firmada del formulario.
- **Derecho a retirar esta autorización:** Entiendo que tengo el derecho de retirar esta autorización en cualquier momento proporcionando una declaración escrita de retirada a Navitus. Soy consciente de que mi

retirada no será efectiva hasta que sea recibida por Navitus. Entiendo que la retirada no se aplicará a los usos y/o divulgaciones de mi información médica ya hecha por Navitus.

- **Derecho a rehusarse a firmar esta autorización:** entiendo que no tengo ninguna obligación de firmar este formulario y que Navitus no puede condicionar el tratamiento, pago, inscripción en un plan de salud o elegibilidad para beneficios de atención médica en mi decisión de firmar esta autorización.
- **Derecho a inspeccionar o copiar la información de salud a ser usada o divulgada:** entiendo que tengo el derecho de inspeccionar o copiar la información de salud que he autorizado para ser usada o divulgada por este formulario. Yo puedo hacer arreglos para obtener copias o inspeccionar mi información de salud poniéndose en contacto con Navitus.

Notificación de revelación-entiendo que la información de salud utilizada o divulgada como resultado de esta autorización ya no puede estar protegida por las normas federales de privacidad.

He revisado y entendido el contenido de esta autorización. Al firmar este formulario, confirmo que refleja fielmente mis deseos.

Firma del Miembro de Navitus o Firma del Representante Legal Fecha:

Por Favor Imprima el Nombre
* Si un representante legal lo firma, describa su autoridad para actuar para el miembro. Adjunte la documentación apropiada para verificar la autoridad legal (por ejemplo, una copia del formulario de poder notarial de salud).

Por favor, envíe por fax o correo la autorización:	Navitus Health Solutions PO Box 999 Appleton WI 54912-0999 Fax confidencial: 855-668-8549
---	--