

**Escriba claramente todos los nombres y demás información:**

<b>Primer nombre del miembro:</b>	Middle Name:	Last Name:
-----------------------------------	--------------	------------

**Dirección- Calle:**

Ciudad:	estado:	Código postal:
---------	---------	----------------

N.º de ID del miembro (aparece en la tarjeta de identificación del miembro):

**Si se completa en nombre de un dependiente menor de 18 años:**

<b>Primer nombre del dependiente:</b>	Middle Name:	Last Name:
---------------------------------------	--------------	------------

N.º de ID del dependiente:

**Autorizo a Prominence Health Plan a revelar mi Información de Salud Protegida (PHI, por sus siglas en inglés), o la del dependiente mencionado anteriormente, como se indica en el campo a continuación a la siguiente persona u organización:**

**1. Nombre de la persona o entidad:**

Relación con la persona/dependiente:

**Dirección del designado- Calle:**

Ciudad:	estado:	Código postal:
---------	---------	----------------

Número de teléfono:	Número de fax:
---------------------	----------------

**2. Nombre de la persona o entidad:**

Relación con la persona/dependiente:

**Dirección del designado- Calle:**

Ciudad:	estado:	Código postal:
---------	---------	----------------

Número de teléfono:	Número de fax:
---------------------	----------------

**La persona que reciba la información debe tener más de 18 años.**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Explicación de Beneficios (EOB, por sus siglas en inglés) | <input type="checkbox"/> Formulario de afiliaci          |
| <input type="checkbox"/> Información de apelación                                  | <input type="checkbox"/> Remisión/autorización           |
| <input type="checkbox"/> Certificado de cobertura acreditable                      | <input type="checkbox"/> Resultados del pago de la prima |
| <input type="checkbox"/> Reclamaciones   | <input type="checkbox"/> Notas de gestión de casos       |
| <input type="checkbox"/> Otro:   |  |

**NO se divulgarán los expedientes médicos completos, incluidos, entre otros asuntos, abuso de drogas, alcohol y sustancias; enfermedades contagiosas; pruebas genéticas; y psiquiátricos, mentales y de salud conductual. Colabore con su médico tratante para obtener su historial médico personal.**

Esta autorización permanecerá vigente desde las fechas de la firma a continuación hasta (marque solo una respuesta):

- Fecha de desafiliación del plan de salud
- Un año a partir de la fecha en que se firme esta autorización
- Fecha específica de finalización (MM/DD/AAAA):
- Después de que ocurra el siguiente evento:

**\*Tenga en cuenta que si no se llena esta sección, esta autorización de divulgación expirará un año después de la fecha en que se firme.**

Autorizo a Prominence Health Plan y a sus subsidiarias/afiliadas ("Plan de Salud") a utilizar o divulgar mis expedientes médicos, de reclamaciones o de beneficios. Entiendo que estos expedientes pueden contener información creada por otras personas o entidades, incluidos médicos y otros proveedores de atención médica.

Entiendo que esta autorización es voluntaria y que puedo negarme a firmarla. Si me niego a firmar, no afectará mi afiliación al plan de salud, mi elegibilidad para recibir beneficios, mi capacidad para obtener tratamiento ni mi capacidad para recibir pago por tratamiento, a menos que lo permita la ley.

Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento mediante una notificación por escrito al Plan de Salud a la dirección que figura a continuación, salvo en el caso de que:

- a. el Plan de Salud haya tomado medidas con base en esta autorización; o
- b. si se obtuvo la autorización como condición para conseguir una cobertura de seguro, otra ley le otorga al asegurador el derecho de oponerse a una reclamación en virtud de la póliza.

El Plan de Salud no recibirá ninguna compensación de terceros por usar o divulgar esta información.

Entiendo que, una vez que el Plan de Salud ha revelado mi información de salud a un tercero, es posible que dicha información ya no esté protegida por las leyes federales ni estatales de privacidad. Acepto que mi firma facsímil o electrónica se pueda considerar como si fuera mi firma original.

Firma del miembro

\_\_\_\_\_  
Nombre en letra de imprenta del miembro

\_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento

\_\_\_\_\_  
Fecha de firma

Envíe por fax el formulario firmado a Prominence Health Plan al número (775) 770-9100 o por correo a:

**Prominence Health Plan**  
**Attn: Customer Service (Servicio de Atención al Cliente)**  
**1510 Meadow Wood Lane**  
**Reno, NV 89502**

Si tiene alguna pregunta, póngase en contacto con nosotros por el número de teléfono (775) 770-9300 o la línea gratuita (866) 747-8855.