

# Autorización para usar y dar a conocer la información de salud

## Aviso al (la) afiliado(a):

- Al llenar este formulario, usted autoriza a PA Health & Wellness a (i) que use su información de salud para un fin en particular, y/o (ii) a que la dé a conocer a la persona o entidad que usted identifique en este formulario.
- No tiene que dar su permiso para usar o compartir su información de salud. Sus servicios y beneficios con PA Health & Wellness no cambiarán si no presenta este formulario.
- Si desea cancelar este formulario de autorización, envíenos por escrito una solicitud para revocarlo a la dirección que aparece al final de esta página. Servicios para los afiliados puede proporcionarle un formulario de revocación si les llama al número telefónico que se encuentra en la parte trasera de su tarjeta de identificación de afiliación.
- PA Health & Wellness no puede prometer que la persona o el grupo al que nos permita dar a conocer su información de salud no la dará a conocer a alguien más.
- Conserve una copia de todos los formularios llenos que nos envíe. Si los necesita, podemos enviarle copias.
- Si necesita ayuda, comuníquese con Servicios para los afiliados al número telefónico que aparece en la parte trasera de su tarjeta de identificación de afiliación.
- Llene toda la información en este formulario. Al terminar, envíe el formulario y todos los documentos de apoyo a

**PA Health & Wellness**  
**ATTN: Compliance Department**  
**1700 Bent Creek Blvd., Suite 200**  
**Mechanicsburg, PA 17050**

---

## Notice to Member:

- Completing this form will allow PA Health & Wellness to (i) use your health information for a particular purpose, and/or (ii) share your health information with the individual or entity that you identify on this form.
- You do not have to give permission to use or share your health information. Your services and benefits with PA Health & Wellness will not change if you do not submit this form.
- If you want to cancel this authorization form, send us a written request to revoke it at the address on the bottom of this page. A revocation form can be provided to you by calling Member Services at the phone number on the back of your member ID card.
- PA Health & Wellness cannot promise that the person or group you allow us to share your health information with will not share it with someone else.
- Keep a copy of all completed forms that you send to us. We can send you copies if you need them.
- If you need help, contact Member Services at the phone number on the back of your member ID card.
- Fill in all the information on this form. When finished, mail the form and any supporting documentation to

**PA Health & Wellness**  
**ATTN: Compliance Department**  
**1700 Bent Creek Blvd. Suite 200**  
**Mechanicsburg, PA 17050**

**POR FAVOR, LEA LAS INSTRUCCIONES DETENIDAMENTE Y LLENE EL FORMULARIO SIGUIENTE. LOS FORMULARIOS INCOMPLETOS NO PUEDEN ACEPTARSE.**

**INFORMACIÓN DEL (LA) AFILIADO(A):**

**1** Nombre del (la) afiliado(a) (*escriba con letra de molde*): \_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento del (la) afiliado(a): \_\_\_\_\_ Número de identificación del (la) afiliado(a): \_\_\_\_\_

**2** **DOY A PA Health & Wellness MI PERMISO PARA QUE USEN MI INFORMACIÓN DE SALUD PARA LOS PROPÓSITOS IDENTIFICADOS O PARA QUE DEN A CONOCER MI INFORMACIÓN DE SALUD A LA PERSONA O EL GRUPO NOMBRADO ABAJO. EL PROPÓSITO DE LA AUTORIZACIÓN ES** (*marque una de las opciones siguientes*):

permitir a PA Health & Wellness que me ayude con mis beneficios y servicios, **O**  
 permitir a PA Health & Wellness que use o dé a conocer mi información de salud para \_\_\_\_\_

**3** **PERSONA O GRUPO QUE RECIBIRÁ LA INFORMACIÓN** (*añada más Personas o Grupos en la página siguiente*):

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

**4** **AUTORIZO A PA Health & Wellness A QUE USE O DÉ A CONOCER LA INFORMACIÓN DE SALUD SIGUIENTE** (*NOTA: Seleccione la primera oración para permitir divulgar TODA la información de salud o seleccione la oración de abajo para permitir divulgar solamente ALGUNA de la información de salud. NO PUEDEN seleccionarse ambas.*)

**Toda mi información de salud, QUE INCLUYE:**  
Información, servicios o resultados de pruebas de genética; registros y datos de VIH/SIDA; registros y datos de salud mental (pero no las notas de psicoterapia); registros y datos de fármacos/medicamentos de venta con receta; y registros y datos de drogas y alcohol (por favor, especifique cualquier información de trastornos de consumo de sustancias que pueda darse a conocer);

**O**

**Toda mi información de salud, EXCEPTO** (*marque solamente los recuadros siguientes que sean relevantes*):

- Información, servicios o pruebas de genética
- Información y registros del VIH/SIDA
- Información y registros sobre el alcoholismo y la drogadicción
- Información y registros de salud mental (pero no las notas de psicoterapia)
- Información y registros de fármacos/medicamentos de venta con receta
- Otra: \_\_\_\_\_

**5** **ESTA AUTORIZACIÓN TERMINA EN ESTA FECHA/EVENTO:** \_\_\_\_\_  
*Fecha en que la autorización termina, a menos que se cancele. Si este campo se deja en blanco, la autorización vencerá en un año a partir de la fecha en que se firme este documento, abajo.*

**6** **FIRMA DE (LA) AFILIADO(A) O SU REPRESENTANTE LEGAL:** \_\_\_\_\_  
**FECHA:** \_\_\_\_\_

**SI ES REPRESENTANTE LEGAL – Relación con el (la) afiliado(a):** \_\_\_\_\_  
*Si es usted el (la) representante personal o legal del (la) afiliado(a), debe enviarnos copias de los formularios correspondientes, como poder legal u orden de tutoría.*

**INDIVIDUO(S) O GRUPO(S) ADICIONAL(ES) QUE RECIBIRÁ(N) LA INFORMACIÓN:**

NOTA: Si está autorizando el que se dé a conocer todo registro sobre el trastorno de consumo de sustancias a un receptor que no es ni un pagador tercero ni un proveedor, centro o programa de atención de la salud del que recibe servicios de un proveedor tratante, como por ejemplo de un intercambio de seguros de salud o una institución de investigación (en lo sucesivo llamada “la entidad receptora”), debe especificar el nombre de la persona o entidad de la que recibe los servicios de un proveedor tratante en esa entidad receptora, o sencillamente declare que sus registros del trastorno de consumo de sustancias pueden darse a conocer a sus proveedores tratantes, actuales y futuros, de esa entidad receptora.

Nombre (persona o entidad): \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_ Teléfono: (    ) - \_\_\_\_\_

Nombre (persona o entidad): \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_ Teléfono: (    ) - \_\_\_\_\_

Nombre (persona o entidad): \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_ Teléfono: (    ) - \_\_\_\_\_

Nombre (persona o entidad): \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_ Teléfono: (    ) - \_\_\_\_\_

Nombre (persona o entidad): \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_ Teléfono: (    ) - \_\_\_\_\_

Nombre (persona o entidad): \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_ Teléfono: (    ) - \_\_\_\_\_

Nombre (persona o entidad): \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_ Teléfono: (    ) - \_\_\_\_\_

## Declaración de No Discriminación

PA Health & Wellness cumple con las leyes Federales vigentes de derechos civiles y no discrimina por motivos de raza, color de piel, nacionalidad de origen, edad, discapacidad ni sexo (incluido el embarazo, la orientación sexual y la identidad de género). PA Health & Wellness no discrimina por motivos de raza, color de piel, credo, sexo, religión, edad, nacionalidad de origen, ascendencia, estado civil, orientación sexual, identidad de género, idioma, estado de Asistencia Médica (MA), estado de ingresos, participación en programas, estado de salud, enfermedades o afecciones preexistentes, necesidad anticipada de atención médica ni discapacidad física o mental.

### PA Health & Wellness:

- Proporciona asistencia y servicios gratuitos a personas con discapacidades para que se comuniquen de manera eficaz con nosotros, como los que se indican a continuación:
  - Intérpretes de lengua de señas calificados
  - Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles u otros formatos)
- Proporciona servicios lingüísticos a personas cuya lengua materna no es el inglés, como los siguientes:
  - Intérpretes calificados
  - Información escrita en otros idiomas
  - Si necesita estos servicios, comuníquese con PA Health & Wellness al 1-844-626-6813 (TTY: 711).

Si cree que PA Health & Wellness no proporcionó estos servicios o actuó de alguna forma discriminatoria por motivos de raza, color de piel, credo, sexo, religión, edad, nacionalidad de origen, ascendencia, estado civil, orientación sexual, identidad de género, idioma, estado de MA, estado de ingresos, participación en programas, estado de salud, enfermedades o afecciones preexistentes, necesidad anticipada de atención médica o discapacidad física o mental, puede presentar una queja ante las siguientes entidades:

#### **Coordinador 1557**

PA Health & Wellness  
1700 Bent Creek Blvd. Ste. 200  
Mechanicsburg, PA 17050  
(833) 236-9679 (TTY: 711)  
Fax: 866-388-1769  
PHWComplaintsandGrievances@PaHealthWellness.com

#### **The Bureau of Equal Opportunity**

Room 223, Health and Welfare Building  
P.O. Box 2675  
Harrisburg, PA 17105-2675  
Teléfono: (717) 787-1127, TTY/PA Relay 711  
Fax: (717) 772-4366  
Correo electrónico: RA-PWBEOAO@pa.gov

Puede presentar una queja en persona, por correo, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar una queja, nuestro Coordinador 1557 está disponible para ayudarlo.

También puede presentar un reclamo de derechos civiles ante la Office for Civil Rights del U.S. Department of Health and Human Services de manera electrónica a través del Portal para Reclamos de la Office for Civil Rights, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, por correo o por teléfono a la siguiente dirección:

#### **U.S. Department of Health and Human Services**

200 Independence Avenue, SW.  
Room 509F, HHH Building,  
Washington, D.C. 20201  
1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)

Los formularios de reclamo están disponibles en <https://www.hhs.gov/ocr/complaints/index.html>.

Esta notificación está disponible en el sitio web de PA Health & Wellness:

<https://www.pahealthwellness.com/non-discrimination-notice.html>.

# Language Assistance



## English:

If you, or someone you're helping, has questions about PA Health & Wellness, you have the right to get help and information in your language at no cost. To talk to an interpreter, call 1-844-626-6813 (TTY: 711).

## Spanish:

Si usted, o alguien a quien está ayudando, tiene preguntas acerca de PA Health & Wellness, tiene derecho a obtener ayuda e información en su idioma sin costo alguno. Para hablar con un intérprete, llame al 1-844-626-6813 (TTY 711).

## Chinese Mandarin:

如果您，或是您正在協助的對象，有關於 PA Health & Wellness 方面的問題，您有權利免費以您的母語得到幫助和訊息。如果要與一位翻譯員講話，請撥電話 1-844-626-6813 (TTY 711)。

## Vietnamese:

Nếu quý vị, hay người mà quý vị đang giúp đỡ, có câu hỏi về PA Health & Wellness, quý vị sẽ có quyền được giúp và có thêm thông tin bằng ngôn ngữ của mình miễn phí. Để nói chuyện với một thông dịch viên, xin gọi 1-844-626-6813 (TTY 711).

## Russian:

В случае возникновения у вас или у лица, которому вы помогаете, каких-либо вопросов о программе страхования PA Health & Wellness вы имеете право получить бесплатную помощь и информацию на своем родном языке. Чтобы поговорить с переводчиком, позвоните по телефону 1-844-626-6813 (TTY 711).

## Pennsylvania Dutch:

Vann du, adda ebbah's du am helfa bisht, ennichi vragen hott veyyich PA Health & Wellness, dann hosht du's recht fa hilf greeya adda may aus finna diveyya in dei shprohch un's kosht nix. Fa shvetza mitt ebbah diveyya, kaw! 1-844-626-6813 (TTY 711).

## Korean:

만약 귀하 또는 귀하가 돕고 있는 어떤 사람이 PA Health & Wellness 에 관해서 질문이 있다면 귀하는 그러한 도움과 정보를 귀하의 언어로 비용 부담없이 얻을 수 있는 권리가 있습니다. 그렇게 통역사와 얘기하기 위해서는 1-844-626-6813 (TTY 711)로 전화하십시오.

## Italian:

Se lei, o una persona che lei sta aiutando, avesse domande su PA Health & Wellness, ha diritto a usufruire gratuitamente di assistenza e informazioni nella sua lingua. Per parlare con un interprete, chiami il 1-844-626-6813 (TTY 711).

## Arabic:

إذا كان لديك أو لدى شخص تساعدك أسئلة حول PA Health & Wellness، لديك الحق في الحصول على المساعدة والمعلومات الضرورية بلغتك من دون أية تكلفة. للتحدث مع مترجم اتصل بـ 1-844-626-6813 (TTY 711).

Language Assistance, continued

**French:**

Si vous-même ou une personne que vous aidez avez des questions à propos d'PA Health & Wellness, vous avez le droit de bénéficier gratuitement d'aide et d'informations dans votre langue. Pour parler à un interprète, appelez le 1-844-626-6813 (TTY 711).

**German:**

Falls Sie oder jemand, dem Sie helfen, Fragen zu PA Health & Wellness hat, haben Sie das Recht, kostenlose Hilfe und Informationen in Ihrer Sprache zu erhalten. Um mit einem Dolmetscher zu sprechen, rufen Sie bitte die Nummer 1-844-626-6813 (TTY 711) an.

**Gujarati:**

જો તમને અથવા તમે જેમની મદદ કરી રહ્યા હોય તેમને, PA Health & Wellness વિશે કોઈ પ્રશ્ન હોય તો તમને, કોઈ ખર્ચ વિના તમારી ભાષામાં મદદ અને માહિતી પ્રાપ્ત કરવાનો અધિકાર છે. દુભાષિયા સાથે વાત કરવા માટે 1-844-626-6813 (TTY 711) ઉપર કોલ કરો.

**Polish:**

Jeżeli ty lub osoba, której pomagasz, macie pytania na temat planów PA Health & Wellness, macie prawo poprosić o bezpłatną pomoc i informacje w języku ojczystym. Aby skorzystać z pomocy tłumacza, zadzwoń pod numer 1-844-626-6813 (TTY 711).

**French Creole (Haitian Creole):**

Si oumenm, oubyen yon moun w ap ede, gen kesyon nou ta renmen poze sou PA Health & Wellness, ou gen tout dwa pou w jwenn èd ak enfòmasyon nan lang manman w san sa pa koute w anyen. Pou w pale avèk yon entèprèt, sonnen nimewo 1-844-626-6813 (TTY 711).

**Mon-Khmer, Cambodian:**

ប្រសិនលោកអ្នកឬ នរណាម្នាក់ដែលអ្នកកំពុងតែជួយមានបញ្ហាអំពី PA Health & Wellness អ្នកមានសិទ្ធិ ទទួលបានជំនួយនិងព័ត៌មានជាភាសាលោកអ្នកដោយឥតគិតថ្លៃ។ សូមនិយាយទៅកាន់អ្នកបកប្រែ តាមលេខ 1-844-626-6813 (TTY 711).

**Portuguese :**

Se você, ou alguém a quem você está ajudando, tem perguntas sobre o PA Health & Wellness, você tem o direito de obter ajuda e informação em seu idioma e sem custos. Para falar com um intérprete, ligue para 1-844-626-6813 (TTY 711).