



Scott & White  
HEALTH PLAN



INSURANCE COMPANY OF  
Scott & White



Scott & White  
CARE PLANS

Part of  
Baylor Scott & White HEALTH

## Autorización para divulgar información de salud personal (PHI) y permiso para proporcionar comunicación escrita y verbal

La ley HIPAA de privacidad requiere que Scott and White Health Plan reciban autorización antes de divulgar información privada de la persona. Firme y revise la información que será divulgada. En el caso de menores, si alguien que no sea un padre o tutor legal es el poseedor del contrato, el padre o tutor legal firma y revisa la información que será divulgada.

Por intermedio de la presente autorizo que la siguiente información del expediente sea divulgada: (Use letra imprenta)

| Nombre del afiliado | Fecha de nacimiento | No.(s) de teléfono | No. de ID del afiliado |
|---------------------|---------------------|--------------------|------------------------|
|---------------------|---------------------|--------------------|------------------------|

Yo permito que el personal de Scott and White Health discuta mi información personal de Scott and White Health Plan, en persona o por teléfono o mediante solicitudes hechas a través de la web con la persona mencionada a continuación relacionada con la cobertura de mi plan de salud por los siguientes motivos:

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Información general sobre beneficios<br><input type="checkbox"/> Facturación/Primas<br><input type="checkbox"/> Quejas/Apelaciones (abiertas/información recibida)<br><input type="checkbox"/> Ayuda para hacer citas<br><input type="checkbox"/> Cambios demográficos<br><input type="checkbox"/> Seguridad de la información (registro/username/contraseña) | <input type="checkbox"/> Aplicación/elegibilidad<br><input type="checkbox"/> Información de reclamos<br><input type="checkbox"/> Autorizaciones/Referidos<br><input type="checkbox"/> Solicitud de materiales<br><input type="checkbox"/> Tarjetas de ID |
|--|--|

**Este documento de permiso para comunicación verbal / escrita no caducará a menos que sea revocado por el miembro. Para revocar este documento el miembro debe notificar Scott y White Health Plan.**

Entiendo que este documento se aplica a todos los departamentos de Scott and White Health Plan. Entiendo que esta autorización es voluntaria y que una vez que esta información es divulgada a la persona designada que puede ser divulgada de nuevo por ellos y puede no estar protegida por el estado o las leyes de privacidad federal. Entiendo que la información divulgada es por el propósito especificado mencionado abajo y puede no ser proporcionada en forma completa o en parte a ninguna agencia, organización o persona.

| Nombre de la persona autorizada | Relación con el afiliado | Número de teléfono |
|---------------------------------|--------------------------|--------------------|
|---------------------------------|--------------------------|--------------------|

Asimismo entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento enviando una declaración de revocación escrita a Scott and White Health Plan, hasta el punto que Scott and White Health Plan ya se ha basado en esta autorización.

| Firma del afiliado | Fecha |
|--------------------|-------|
|--------------------|-------|

| Firma del representante | Fecha |
|-------------------------|-------|
|-------------------------|-------|

Este documento de Permiso para comunicación verbal / escrita caducará en la revocación o en la fecha o evento especificado aquí \_\_\_\_\_.

Los productos HMO se ofrecen a través de Scott and White Health Plan y Scott & White Care Plans. Productos asegurados de PPO y EPO se ofrecen a través de la Insurance Company of Scott and White. Todos son compañías de seguros registradas en Texas. Scott & White Care Plans y la Insurance Company of Scott and White son subsidiarias de Scott and White Health Plan. Estas Las empresas se referirán colectivamente en este documento como Scott and White Health Plan.

**SWHP Correa Información:**  
 Scott and White Health Plan  
 Attn: Customer Advocacy Department  
 1206 W. Campus Drive  
 Temple, TX 76502

**SWHP Número de Servicio al Cliente:**  
 1-800-321-7947  
  
**SWHP Fax Número:**  
 254-298-3663

**\*Required Fields**