

## FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA PERSONAL

### ¿QUIÉN PUEDE USAR ESTE FORMULARIO?

Las personas con Medicare que desean que 1-800-MEDICARE puedan compartir su información personal con las personas que elijan.

NOTA: Por ley, debe dar permiso por escrito al 1-800-MEDICARE antes de que 1-800-MEDICARE pueda compartir cualquier información con alguien que no sea usted. Encuentre la lista completa de cómo 1-800-MEDICARE usa su información en el aviso de privacidad dentro del manual Medicare y usted.

### ¿CUÁNDO PUEDE USAR ESTE FORMULARIO?

- Para agregar a alguien con quien 1-800-MEDICARE pueda compartir información.
- Para cambiar o eliminar a alguien con quien 1-800-MEDICARE puede compartir información.
- Para obtener información de alguien que ha fallecido (si legalmente tiene derecho a esa información porque es un albacea o tiene documentos judiciales que le dan derecho a esa información).

NOTA: Si cambia o elimina a alguien, 1-800-MEDICARE sólo puede aplicar ese cambio a solicitudes nuevas. Medicare no puede recuperar artículos que ya hayamos compartido con otras personas que usted haya aprobado.

### DÓNDE ENVIAR SU FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN COMPLETO

Después de completar y firmar el formulario de autorización, devuélvalo a:

1-800-MEDICARE  
Written Authorization Dept.  
PO Box 1270  
Lawrence, KS 66044

Para un servicio más rápido, puede enviar este formulario en línea iniciando sesión en su cuenta segura en línea de [Medicare.gov](https://www.medicare.gov).

### SÓLO PARA RESIDENTES DE NUEVA YORK CON MEDICARE

La Ley de Salud Pública del estado de Nueva York protege la privacidad de la información relacionada con el abuso de alcohol y drogas, el tratamiento de salud mental y el VIH. Debido a esta ley, **los residentes de Nueva York deben seguir instrucciones específicas para completar la sección 2. Las instrucciones se encuentran al final de este formulario.**

## FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA PERSONAL

Utilice este formulario para informar al 1-800-MEDICARE quién puede acceder a su información médica personal. Ya sea que elija compartir su información de salud personal o no, esto no tiene ningún efecto sobre su inscripción, elegibilidad para los beneficios o la cantidad que paga Medicare por sus servicios de salud.

### INFORMACIÓN SOBRE LA PERSONA CON MEDICARE

Utilice este formulario si desea que 1-800-MEDICARE proporcione su información médica personal a alguien que no sea usted.

#### 1. Nombre *(Nombre, Segundo nombre, Apellido, Sufijo)*

Número de Medicare

Fecha de nacimiento *(dd/mm/aaaa)*

Dirección

Ciudad

Estado y Código

Postal

#### 2. Seleccione la información que desea que 1-800-MEDICARE comparta.

##### 2A: Marque sólo una casilla.

- Información Limitada *(ir a la pregunta 2B)*
- Cualquier Información *(ir a la pregunta 3)*

##### 2B: ¿Qué tipo de "información limitada" quiere que compartamos? *(Marque todo lo que corresponda)*

Quiero compartir información de salud personal limitada sobre:

- Elegibilidad de Medicare
- Reclamaciones de Medicare
- Inscripción en el plan *(Por ejemplo: medicamentos o Plan MA)*
- Pagos de primas
- Otro *(Escriba cualquier otra información que desee compartir a continuación. Por ejemplo, información de pago)*

---

---

---

---

## 2C: SÓLO PARA RESIDENTES DE NUEVA YORK

Seleccione una de las siguientes opciones. Si no está seguro, revise las instrucciones al final de este formulario.

- Incluya toda la información. Esto incluye información sobre el abuso de alcohol y drogas, el tratamiento de salud mental y el VIH.
- No incluya información sobre el abuso de alcohol y drogas, tratamiento de salud mental y VIH.

3. ¿Cuánto tiempo puede 1-800-MEDICARE usar esta autorización para compartir su información de salud personal? Marque sólo una casilla. (sujeto a la ley aplicable; por ejemplo, su estado puede limitar el tiempo durante el cual Medicare puede brindar su información médica personal):

- Compartir mi información personal de salud indefinidamente
- Compartir mi información personal de salud durante un período de tiempo específico:  
inicio: \_\_\_\_\_ (dd/mm/aaaa) y finaliza: \_\_\_\_\_ (dd/mm/aaaa)

4. Explique por qué le da permiso al 1-800-MEDICARE para compartir su información (puede escribir "a mi solicitud"):

---

---

---

---

5. Ingrese el nombre de cada persona u organización que puede obtener su información médica personal del 1-800-MEDICARE. Si desea compartir su información con más de 2 personas u organizaciones, indíquelas en la parte de atrás de este formulario. Asegúrese de incluir su nombre y dirección.

### Persona/Organización 1

Nombre completo

Dirección

Ciudad

Estado y Código

Postal

### Persona/Organización 2

Nombre completo

Dirección

Ciudad

Estado y Código

Postal

6. **Al firmar este formulario, autorizo al 1-800-MEDICARE a compartir mi información de salud personal mencionada anteriormente con la(s) persona(s) u organización(es) que mencioné en este formulario.** Entiendo que mi información personal de salud puede ser compartida por la(s) persona(s) u organización(es) y es posible que ya no esté protegida por la ley.

<b>FIRMA</b>	<b>Número de teléfono</b>	<b>Fecha (dd/mm/aaaa)</b>
--------------	---------------------------	---------------------------

- Marque aquí si está firmando como representante personal y complete el formulario a continuación. Asegúrese de adjuntar la documentación adecuada (como un poder notarial) si alguien que no sea la persona con Medicare firmó arriba.

### Información del representante personal

<b>Nombre completo</b>		
<b>Dirección</b>		
<b>Ciudad</b>	<b>Estado y Código</b>	<b>Postal</b>
<b>Número de teléfono</b>	<b>Relación con la persona con Medicare</b>	

7. **Envíe el formulario de autorización completo y firmado a:**

1-800-MEDICARE  
Written Authorization Dept.  
PO Box 1270  
Lawrence, KS 66044

8. **Importante:** Tiene derecho a cancelar ("revocar") su autorización en cualquier momento. Para cancelar su autorización, envíe una solicitud por escrito a la dirección anterior. Después de que procesemos la solicitud, ya no compartiremos su información de salud personal (excepto cualquier información que ya hayamos divulgado basados en su permiso original).

## INSTRUCCIONES PASO A PASO PARA LLENAR ESTE FORMULARIO

Por ley, Medicare debe tener su permiso por escrito (una "autorización") para usar o divulgar su información médica personal por cualquier motivo que no se describa en el aviso de privacidad del manual Medicare y usted. Puede retirar ("revocar") su permiso por escrito en cualquier momento, excepto si Medicare ya ha divulgado información basada en su permiso.

Si desea que alguien pueda llamar al 1-800-MEDICARE en su nombre o desea que compartamos su información médica personal con alguien que no sea usted, debe comunicárselo a Medicare por escrito.

Si está solicitando información de salud personal de una persona fallecida que tenía Medicare, incluya una copia de la documentación legal que le otorga la autoridad para solicitar esta información. (Por ejemplo: documentos del albacea/albacea, pariente más cercano atestiguado por documentos judiciales con un sello del tribunal y la firma de un juez, una carta testamentaria o de administración con un sello del tribunal y la firma del juez, o documentos de representación personal con un sello del tribunal y la firma del juez.) Además, explique su relación con la persona que tiene Medicare.

**Siga estas instrucciones para completar su formulario. Asegúrese de completar todas las secciones para que podamos procesar su formulario a tiempo.**

- En la sección 1, ingrese la siguiente información sobre la persona con Medicare que autoriza la divulgación de su información médica personal:
  - Nombre
  - Número de Medicare (ingrese el número exactamente como aparece en la tarjeta roja, blanca y azul de Medicare)
  - Fecha de nacimiento
  - Dirección
- En la sección 2A, marque una casilla para indicarnos cuánta información médica personal podemos compartir. Puede optar por permitirnos compartir toda su información personal de salud, o sólo información limitada. Si decide que sólo desea que compartamos información limitada, marque una o más de las casillas en la sección 2B para indicar qué tipo de información nos autoriza a compartir (por ejemplo, elegibilidad para Medicare).

**IMPORTANTE: Instrucciones especiales para residentes de Nueva York**

La Ley de Salud Pública del estado de Nueva York protege la privacidad de la información relacionada con el abuso de alcohol y drogas, el tratamiento de salud mental y el VIH. Debido a esta ley, **los residentes de Nueva York deben seguir estas instrucciones para completar la sección 2:**

  - Sección 2A:** Marque la casilla de Información limitada, incluso si desea permitirnos compartir parte o toda su información de salud personal.
  - Sección 2B:** Marque una o más de las casillas e incluya cualquier otra información específica que nos dé permiso para compartir en el espacio proporcionado. Por ejemplo, podría escribir "información de pago".
  - Sección 2C:** Marque una de las casillas para decirnos qué parte de su información personal podemos compartir:
    - Si nos da permiso para compartir toda su información, marque la casilla: "Toda la información,** incluida la información sobre el abuso de alcohol y drogas, tratamiento de salud mental y VIH".
    - Si no nos da permiso para compartir información sobre abuso de alcohol y drogas, tratamiento de salud mental y VIH,** marque la casilla: "No incluir información sobre abuso de alcohol y drogas, tratamiento de salud mental y VIH".
- En esta sección, marque una casilla para decirnos si nos da permiso para compartir su información de salud personal indefinidamente o sólo por un período de tiempo específico. Si sólo desea que compartamos su información durante un cierto período de tiempo, ingrese las fechas de inicio y finalización para compartir su información.
- Explique por qué nos da permiso para compartir su información personal de salud.

5. Ingrese el nombre de cada persona u organización que pueda obtener su información personal de salud. Puede enumerar más de 1 persona u organización.

Si incluye una organización, también debe identificar al menos a 1 persona dentro de esa organización que pueda obtener su información de salud personal.

6. Firme y escriba la fecha en el formulario, luego ingrese su número de teléfono.

**Si está completando el formulario para alguien con Medicare:**

- Firme y escriba la fecha en el formulario, luego ingrese su número de teléfono.
- Marque la casilla para indicar que está firmando el formulario como representante personal.
- Ingrese su dirección, número de teléfono y relación con la persona con Medicare.
- Adjunte una copia de la documentación que demuestre que puede actuar en nombre de la persona (por ejemplo, un poder notarial).

7. Envíe por correo su formulario de autorización completo y firmado. **Haga una copia de su formulario de autorización firmado para sus registros antes de enviarlo por correo.**

1-800-MEDICARE  
Written Authorization Dept.  
PO Box 1270  
Lawrence, KS 66044

8. Si cambia de opinión más tarde y ya no desea que compartamos su información de salud personal, escríbanos a la dirección que se muestra en la sección 7 y díganos. Su carta cancelará su formulario de autorización y ya no compartiremos su información de salud personal (excepto cualquier información que ya hayamos divulgado basados en su permiso original).

Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda con este formulario, llámenos al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.

Tiene derecho a obtener información de Medicare en un formato accesible, como letra grande, braille o audio. También tiene derecho a presentar una queja si cree que ha sido discriminado.

Visite [es.Medicare.gov/about-us/accessibility-nondiscrimination-notice](https://www.medicare.gov/about-us/accessibility-nondiscrimination-notice) o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para obtener más información. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.

De acuerdo con la Ley de Reducción de Papeleo de 1995, ninguna persona está obligada a responder a una recopilación de información a menos que muestre un número de control OMB válido. El número de control OMB válido para esta recopilación de información es 0938-0930.

El tiempo requerido para completar esta recopilación de información se estima en un promedio de 15 minutos por respuesta, incluido el tiempo para revisar las instrucciones, buscar recursos de datos existentes, recopilar los datos necesarios y completar y revisar la recopilación de información. Si tiene comentarios sobre la precisión de la(s) estimación(es) de tiempo o sugerencias para mejorar este formulario, escriba a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244 -1850. **NO ENVÍE SU FORMULARIO COMPLETO A ESTA DIRECCIÓN. Si lo hace, no podremos procesar su formulario y su solicitud para divulgar su información de salud personal se retrasará significativamente.**