

## AUTORIZACIÓN PARA USAR O COMPARTIR INFORMACIÓN SOBRE SU SALUD

Utilice este formulario para autorizar a MotivHealth el uso de información sobre su salud y seguro de salud, o compartir la información con otra persona.

Si necesita ayuda para completar esta forma, favor de ponerse en contacto con un asistente de salud personal (Personal Health Assistant) a 844-234-4472 o [PHA@motivhealth.com](mailto:PHA@motivhealth.com).

Envíe este formulario de autorización completo y firmado a la siguiente dirección:

MotivHealth Insurance Company  
P.O. Box 7009718  
Sandy, UT 84070

También se puede enviar por correo electrónico a [PHA@motivhealth.com](mailto:PHA@motivhealth.com) o por fax a 844-533-1289.

<b>Sección I. Persona cuya información se compartirá (“Miembro”)</b>			
Nombre del Miembro	N.º del Grupo	N.º del Miembro	
Número de Seguro Social		Fecha de Nacimiento	
Dirección	Ciudad	Estado	Código Postal
Número del Teléfono (XXX-XXX-XXXX)			

<b>Sección II. Marque la cajilla para indicar cuales datos desea compartir:</b>					
Registros de Inscripción	Desde:	Hasta:	Registros de Salud	Desde:	Hasta:
<input type="checkbox"/> Aplicación/suscripción de seguros/declaración del médico atendiente (si se aplica)			<input type="checkbox"/> Registros médicos		
			<input type="checkbox"/> Registros dentales		
<input type="checkbox"/> Pago de premium o factura (si se aplica)			<input type="checkbox"/> Registros de medicamentos con receta		
			<input type="checkbox"/> Registros de visión		
			<input type="checkbox"/> Registros de salud mental		
No se puede usar esta forma para divulgar notas de psicoterapia.					

**Sección III. Eliga en que formato desee enviar/recibir su información.**

Envíe mi información a: (Elija solo uno)

- A mí mismo
- A otra persona designada. Yo deseo que MotivHealth mande mi información a la persona indicada abajo.

Nombre	Dirección	Ciudad	Estado	Código Postal	N.º del Teléfono
--------	-----------	--------	--------	---------------	------------------

Formato: (seleccione solo uno)

- Envíe copia electrónica. Aviso: La información se enviará por correo electrónico seguro (encriptado o cifrado) a menos que nos diga al contrario.

 Correo Electrónico: 

- Envíe la información por correo postal:
- Mostrármela personalmente. Entiendo que MotivHealth se pondrá en contacto conmigo o con mi representante designado para hacer una cita.

**Sección IV. Firma- El Miembro o su representante designado debe firmar esta forma.**

Deseo que MotivHealth dé acceso a la información indicada.

Entiendo que solo puedo firmar por un menor de edad si tiene menos de 18 años.

Firma:

Fecha: mes/día/año

**Sección V. Si la Sección IV lo firmó un representante designado, por favor llene esta sección,**

Si firma por Poder Legal, Guardián Legal, Ejecutor, o Administrador, por favor adjunte una copia del documento legal.

Nombre del Representante Designado

Relación al Miembro

Dirección del Representante Designado

Ciudad

N.º de Teléfono del Representante Designado

Correo Electrónico del Representante Designado

Cualquier cambio a esta forma tiene que ser aprobado por el oficial de privacidad.  
Compliance@motivhealth.com