

Appendix J – Consent for Disclosure of Confidential Information

I hereby authorize CHRISTUS Health Plan (CHP) and any of its parents, subsidiaries, or other affiliates and their respective agents and subcontractors, to disclose confidential information about the member/insured listed below.

Please Print All Responses

If you do not fill out all of this form, CHP may be unable to process your request. Incomplete authorization requests will be returned to the member.

I UNDERSTAND THIS AUTHORIZATION IS VOLUNTARY and the information to be disclosed may be protected by law.

_____	_____	_____
Member Name	ID Number	Date of Birth
_____	_____	(____)____-____
Street Address	City/State/Zip Code	Daytime Phone Number

I authorize the individual or company identified below to receive confidential information pertaining to the member/insured named above.

Individual or company authorized to receive confidential information

Street Address

City, State, and Zip Code

Daytime Area Code and Phone Number

Information to be disclosed to this individual or company includes application or enrollment information, eligibility information, claims records, claim status, and patient management records.

Disclosure requested will include otherwise confidential medical information. If our records include claims or other information pertaining to chronic diseases, behavioral health conditions, including alcohol or substance abuse, communicable diseases, including HIV/AIDS, and/or genetic marker information, these records will be included in the information we will make available to the individual or company designated above.

IMPORTANT: *Your signature below means you understand and agree to the following:*

- You understand your eligibility for benefits and payment for services covered by CHP under your plan will not be affected if you do not sign this form. *(However, without your signature, your request to release the information described above to a third party will not be honored.)*
- The confidential information provided to the authorized individual or company upon their request, may include diagnosis and treatment information, including information on chronic diseases, behavioral health conditions, including alcohol or substance abuse, communicable diseases, including HIV/AIDS, and/or genetic marker information.
- You understand you may receive a copy of this form if you ask for it by writing to the address listed at the bottom of this page.
- You understand this authorization will expire one year from the date you sign this authorization. You also understand if you sign this form, you may revoke the authorization at any time by notifying CHP in writing, but if you do, it will not have any effect on actions CHP took before we received the notification.
- You agree to hold CHP and its affiliates harmless from any claim or liability, including, but not limited to, any claim brought under a confidentiality or privacy law, in connection with the release at your request of information and records described above.

Signature of member or legal representative

Date

Print name of member legal representative (if applicable)

Relationship to member/ insured

If this authorization is being requested by member/insured's legal representative, you must furnish a copy of the power of attorney, or other relevant document designating you as the representative.

(Important note: the witness below may not be the person authorized to receive the information to be disclosed.)

Witnessed by:

Printed Name of Witness

Date

Signature of Witness

Consent for Disclosure of Confidential Information - Spanish

Autorización para Divulgar Información Personal y Confidencial a Terceras Personas

Por medio de la presente autorizo a CHRISTUS Health Plan (CHP) así como también a cualesquiera de sus casas matrices, subsidiarias, u otras afiliaciones y sus agentes respectivos y subcontratistas, a divulgar información confidencial acerca del miembro/asegurado indicado más abajo.

Favor de Escribir las Respuestas con Letra de Molde

*Si esta forma no se llena en su **totalidad**, CHP podría no procesar su solicitud. Las solicitudes para autorización incompletas serán regresadas al afiliado/miembro correspondiente.*

ENTIENDO QUE ESTA AUTORIZACIÓN ES DE CARACTER VOLUNTARIO y la información a ser divulgada estará protegida por la ley.

_____ Nombre del Miembro	_____ Número Identificación	_____ Fecha de Nacimiento
_____ Domicilio Particular	_____ Ciudad/Estado/C. Postal	(_____)_____-_____ No. de Teléfono Diurno

Mediante este documento autorizo a la persona o a la compañía que se identifica aquí debajo para recibir información confidencial acerca del miembro/asegurado indicado anteriormente.

Persona o compañía autorizada para recibir información confidencial

Domicilio Particular

Ciudad, Estado, Código Postal

Número de Teléfono Diurno incluyendo Número de Area

La información a ser divulgada a la persona o compañía indicada, incluye información sobre la solicitud de membresía y registro, información sobre elegibilidad, registro de reclamaciones, estado de reclamaciones y registros sobre el manejo del paciente.

La divulgación solicitada incluirá información médica confidencial. Si nuestros registros incluyen reclamaciones u otra información perteneciente a enfermedades crónicas, condiciones de la salud relacionadas con el comportamiento, incluyendo el abuso del alcohol u otras sustancias, enfermedades contagiosas, incluyendo HIV/SIDA, y/o información de índole genética, dichos registros serán incluidos en el grupo de información que entregaremos a la persona o a la compañía arriba indicada.

IMPORTANTE: Su firma al calce indicará su entendimiento y su acuerdo a lo siguiente:

- Si usted no firma esta forma, usted entiende que su derecho de obtener beneficios y pago por servicios cubiertos por CHP bajo su plan de cobertura, no se verá afectado. *(Sin embargo, si usted no firma esta forma, su solicitud para divulgar la información descrita anteriormente a terceras personas, no podrá cumplirse.)*
- La información confidencial entregada a la persona autorizada o compañía que haya hecho la solicitud, podría contener información sobre diagnósticos y tratamiento, incluyendo información sobre enfermedades crónicas, condiciones de la salud relacionadas con el comportamiento, incluyendo el abuso del alcohol u otras sustancias, enfermedades contagiosas, incluyendo HIV/SIDA, y/o información de índole genética.
- Usted entiende que podrá obtener una copia de esta forma a solicitud suya, pidiéndola por escrito a la dirección indicada al calce.
- Usted entiende que esta autorización tendrá vigencia durante un año a partir de la fecha que usted firme la misma. También entiende que si usted firma esta forma, usted tendrá el derecho de revocar su autorización en cualquier momento mediante una notificación por escrito a CHP, en el entendimiento de que, si lo hiciera, su revocación no tendrá efecto sobre las acciones adoptadas por CHP antes de recibir dicha notificación por escrito.
- Usted acuerda de no hacer responsable a CHP y a sus afiliadas por reclamaciones o daños incluyendo, más no limitada a, cualesquiera reclamaciones presentadas bajo alguna ley de confidenciabilidad o privacidad relacionada con la divulgación, a solicitud suya, de información y registros descritos anteriormente.

Firma del miembro o representante legal

Fecha

Nombre del representante legal del miembro con letra de molde
(si fuera aplicable)

Relación con el miembro/
asegurado

Si esta autorización está siendo solicitada por el representante legal del miembro/asegurado, éste deberá presentar copia del poder notarial u otro documento legal que lo autorice como el representante.

(Nota Importante: el testigo firmante no podrá ser la misma persona autorizada para recibir la información a ser divulgada.)

Testigo:

Nombre del Testigo con Letra de Molde

Fecha

Firma del Testigo