

Adjunto encontrará el formulario de autorización para divulgar información personal de salud que usted solicitó. Puede retirar (“revocar”) su permiso por escrito en cualquier momento. Puede revocar la autorización por escrito mediante una carta enviada a la dirección indicada a continuación o puede llamar a Servicios para Miembros.

Si solicita información personal de salud de un beneficiario fallecido, incluya una copia de la documentación legal que indique que usted está autorizado para solicitar información.

Documentación aceptable:

- Documentos de albacea o ejecutor testamentario
- Documento legal que ratifique la condición de familiares más cercanos con el timbre de un tribunal y la firma de un juez
- Carta del testamentario o administración con el timbre de un tribunal y la firma de un juez
- Documento del representante personal con el timbre de un tribunal y la firma de un juez

Dirección a donde enviar su formulario de autorización una vez completado:

Health Choice Pathway HMO D-SNP
410 N. 44th Street Suite 900
Phoenix, AZ 85008

Si tiene alguna pregunta, comuníquese con Health Choice Pathway al **1-800-656-8991**. Los usuarios de TTY deben llamar al **711**. Atendemos los siete días de la semana, de, 8 a.m. a 8 p.m.

Gracias por continuar siendo afiliado de Health Choice Pathway.

Health Choice Member Services/Servicios para Miembros **1-800-656-8991**, TTY: **711**
7 days a week/los 7 días de la semana, 8 a. m. – 8 p. m.
Visit us at/Visítenos en **HealthChoicePathway.com**

Health Choice Pathway solo divulgará la información personal de salud que usted desea que se dé a conocer. Use este formulario si desea que Health Choice Pathway entregue su información personal de salud a otra persona que no sea usted.

Primer nombre:	Inicial del 2.º nombre:	Apellido:	Fecha de nacimiento:
Número del miembro:		Número de teléfono particular: ()	

Marque solo **una** casilla a continuación para indicar durante cuánto tiempo Health Choice Pathway puede usar esta autorización para divulgar su información personal de salud.

- Divulgar mi información personal por tiempo indefinido
- Divulgar mi información personal solo por un período especificado

Desde: _____ (dd/mm/aaaa) **Hasta:** _____ (dd/mm/aaaa)

Representante personal: _____

Fecha de nacimiento: _____

Dirección: _____

Número de teléfono: _____

Relación con el miembro: _____

Marque aquí si usted está firmando como un representante personal. Le rogamos adjuntar la documentación adecuada que indique que usted está autorizado para solicitar información, por ejemplo, un poder de representación legal.

Entiendo que si firmo este formulario autorizo a Health Choice Pathway a divulgar mi información personal de salud a la persona o personas que he indicado en este formulario.

Su firma*: _____ **Fecha:** _____

Health Choice Member Services/Servicios para Miembros 1-800-656-8991, TTY: 711
7 days a week/los 7 días de la semana, 8 a. m. – 8 p. m.
Visit us at/Visítenos en HealthChoicePathway.com