



**Medicare**

Beneficiary Services: 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)  
TTY/TDD: 1-877-486-2048

Este formulario se usa para comunicarle a Medicare sobre la persona o personas a quien usted ha escogido para que acceda a su información médica personal.

**Dónde debe enviar el formulario completado:**

Después que haya llenado y firmado el formulario, envíelo a:

**Medicare BCC, Written Authorization Dept.**

**PO Box 1270**

**Lawrence, KS 66044**

**Para los beneficiarios de Medicare de New York SOLAMENTE**

La Ley de Salud Pública del Estado de New York protege la información que razonablemente, podría identificar a alguna persona que tenga la infección del VIH o sus síntomas, y la información de contacto de dicha persona. Debido a que las leyes del estado de New York protegen la confidencialidad de la información sobre abuso del alcohol y drogas, los tratamientos psiquiátricos y sobre el VIH, hay instrucciones especiales para que usted, en calidad de residente de New York, llene el formulario.

- En la pregunta 2A, marque el casillero de *Información limitada*, inclusive si usted desea autorizar a Medicare a divulgar cualquier o toda su información médica personal.
- **Después, pase a la pregunta 2B.** Usted también puede marcar cualquiera de los casilleros restantes e incluir otras limitaciones en el espacio asignado. Por ejemplo, podría escribir “información sobre pago”.

Medicare BCC, Written Authorization Dept.  
PO Box 1270  
Lawrence, KS 66044

**Instrucciones para completar la Sección 2C del Formulario de Autorización:**

*Escoja una de las opciones siguientes.*

- **Opción 1** Para **incluir** toda la información, marque la casilla: “Toda la información incluida la información sobre el abuso del alcohol y las drogas, el tratamiento psiquiátrico y el VIH”. Después continúe con el resto del formulario.
- **Opción 2** Para **excluir** la información mencionada arriba, marque la casilla: “Excluya la información sobre el abuso del alcohol y las drogas, el tratamiento psiquiátrico y el VIH”. Luego continúe con el resto del formulario.

Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda, llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Atentamente,

1-800-MEDICARE  
Representante de Servicio al Cliente

Adjunto

## **Información para ayudarle a llenar el formulario de “Autorización a 1-800-Medicare para la Divulgación de Información Médica Personal”**

Por ley, Medicare debe obtener su autorización por escrito para usar o divulgar su información médica personal para cualquier propósito no especificado en el aviso de privacidad en el libro de Medicare Y Usted. Usted puede revocar (retirar) su autorización en cualquier momento, excepto si Medicare ya ha utilizado su información basándose en el permiso otorgado.

Si desea que el 1-800-MEDICARE divulgue su información personal médica a una persona otra que usted, tiene que dejarle saber a Medicare por escrito.

Si pide Información Personal de la salud para un beneficiario fallecido, por favor, incluya una copia de la documentación legal que indica su autoridad para solicitar la información. (Por ejemplo: documentos de albacea, documentos con el sello de un tribunal y la firma de un juez para parientes más cercanos, una Carta Testamentaria o de la Administración con un sello de la corte y la firma del juez o documentos de un tribunal con el sello y la firma del juez para representantes personales.) Así mismo, por favor explique su relación con el beneficiario.

Por favor siga paso por paso estas instrucciones cuando complete su “Formulario Estándar de Autorización de Medicare para divulgar información médica personal”. Asegúrese que complete todas las secciones del formulario para que sea procesado sin retrasos.

### **1. Escriba el nombre de la persona inscrita en Medicare.**

Escriba el numero de Medicare de la misma manera que aparece en su tarjeta roja, blanca y azul, incluyendo cualquier letra (por ejemplo, 000000000A).

Escriba su fecha de nacimiento en el formato de mes, día, y año (mm/dd/aaaa) de la persona inscrita en Medicare.

### **2. Esta sección le proporciona a Medicare que información personal médica puede divulgar. Por favor marque la casilla en la pregunta 2A para indicarle a medicare que información puede divulgar. Si solo quiere que Medicare divulgue información limitada (por ejemplo, elegibilidad de Medicare), también marque la casilla 2B que aplique a la información que usted desea que Medicare divulgue. Los **Residentes de Nueva York** deben completar la casilla 2C.**

### **3. Esta sección le dejará saber a Medicare cuando debe empezar y/o para divulgar su información personal médica. Marque esta casilla si usted no quiere limitar el tiempo en el que Medicare puede divulgar su información, o si quiere que Medicare solo divulgue su información en ciertos días y momentos especifique los días.**

### **4. Medicare divulgará su información médica personal a persona(s) u organizaciones que usted especifique en esta forma. Usted puede especificar una o más personas u organizaciones.**

Si asigna una organización, debe identificar uno o más individuos pertenecientes a esa organización a la cual Medicare podrá revelar su información personal médica.

- 5.** La persona inscrita en Medicare o su representante legal deben firmar con su nombre, especificar el día, el número de teléfono y la dirección del beneficiario.

Si usted es el representante legal de la persona inscrita en Medicare marque la casilla y escriba su dirección y número de teléfono. Envíe copias de los documentos que demuestren que es el representante legal. (Por ejemplo, Poder Legal).

- 6.** Envíe su formulario completo, autorización firmada a Medicare a la dirección en el formulario de autorización.
- 7.** En el futuro, si cambia de parecer y no desea que Medicare divulgue su información médica personal, escriba su petición a Medicare y envíela a la dirección proporcionada en la pregunta número seis. Su carta revocara su autorización y Medicare no divulgará su información médica personal (excepto si Medicare ya ha utilizado su información basándose en el permiso otorgado anteriormente).

Usted deberá firmar su autorización y hacer copias antes de enviarla a Medicare para su records.

## Autorización a 1-800-Medicare para la Divulgación de Información Médica Personal

Use este formulario si desea que el servicio 1-800-MEDICARE divulgue su información personal a otra persona.

<b>1. Escriba su Nombre</b> (Primer Nombre y Apellido)	<b>Número de Medicare</b> (Como aparece en su tarjeta)	<b>Fecha de Nacimiento</b> (mm/dd/aaaa)
---	---	--

**2.** Medicare solo divulgará la información personal de salud que usted autorice.

**2A: Para informarle ha Medicare específicamente que información médica personal usted quiere que sea divulgada solo chequee una casilla:**

- Información Limitada (siga con la pregunta 2b)
- Cualquier Información (siga con la pregunta 3)

**2B: Complete esta pregunta solo si seleccionó “Información Limitada”. Marque todo lo que aplique:**

- Información acerca de su Elegibilidad con Medicare
  - Información acerca de sus reclamos a Medicare
  - Información acerca de su inscripción en otros planes (ejemplo, Plan de Recetas Médicas de Medicare)
  - Información relacionada con los pagos de las primas
  - Otra información específica (por favor escriba en la línea; por ejemplo, información de pagos)
- 
- 

**2C: Para los RESIDENTES de NY SOLAMENTE**, esta sección debe ser completada.

Por favor seleccione solamente una de las siguientes opciones: (Por favor marque sólo una casilla)

- Incluya toda la información. Esta incluye información sobre abuso del alcohol y drogas, los tratamientos psiquiátricos y sobre el VIH.

**O**

- Excluya la información sobre el abuso del alcohol y drogas, los tratamientos psiquiátricos, y sobre el VIH.

**3. Marque solo una casilla informándole a Medicare por cuánto tiempo podrá divulgar su información médica personal** (esto está sujeto a cambiar dependiendo de las leyes del estado donde vive – por ejemplo, su estado puede limitar el tiempo en que Medicare puede divulgar su información médica personal):

Divulgue mi información médica personal indefinidamente

Divulgue mi información médica personal por solo un periodo específico

comenzando: \_\_\_\_\_ (mm/dd/aaaa) y terminando: \_\_\_\_\_ (mm/dd/aaaa)

**4. Escriba el nombre y la dirección de la persona(s) u organización(s) a las cuales desea que Medicare divulgue su información médica personal. Por favor si autoriza a una organización(s) escriba el nombre específico de esa persona. Si desea autorizar a cualquier otra persona u organización, por favor añádalos en la parte de atrás de este formulario.**

Nombre \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

**Note: Usted tiene el derecho a retirar (“revocar”) su autorización en cualquier momento, por escrito, excepto hasta la medida en que Medicare ha actuado en base a su permiso. Para revocar su autorización, envíe su petición por escrito a la dirección indicada en la parte de abajo. Su decisión de autorizar o revocar su autorización para divulgar su información médica personal no afectará su inscripción, elegibilidad, beneficios o la cantidad que Medicare paga por los servicios médicos que usted reciba.**

**5. Yo autorizo a Medicare a divulgar mi información médica personal a la (s) persona(s) u organización(s) mencionada en esta forma. Yo entiendo que mi información médica personal podría ser re-divulgada por esta(s) persona(s) u organización(s) y no será de esta manera ya no será protegida por la ley.**

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Número de Teléfono

\_\_\_\_\_  
Fecha en que firmo

**Escriba la dirección del beneficiario (Calle, Ciudad, Estado, y Código Postal)**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Marque aquí si usted firma como el representante legal escriba su información en las líneas. Por favor adjunte toda la información (por ejemplo un poder legal). Esto sólo aplica si la persona que firmó arriba es otra que la que está inscrita en Medicare.

**Escriba la dirección del Representante Legal (Calle, Ciudad, Estado, y Código Postal)**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Número de Teléfono del Representante Legal: \_\_\_\_\_

La relación del Representante Legal con el Beneficiario: \_\_\_\_\_

**6. Complete, firme y envíe el formulario a la siguiente dirección:**

Medicare BCC, Written Authorization Dept.  
PO Box 1270  
Lawrence, KS 66044

Imprima el formulario

**Note:** Usted tiene el derecho a retirar (“revocar”) su autorización en cualquier momento, por escrito, excepto hasta la medida en que Medicare ha actuado en base a su permiso. Para revocar su autorización, envíe su petición por escrito a la dirección indicada en la parte de abajo.

Su decisión de autorizar o revocar su autorización para divulgar su información médica personal no afectará su inscripción, elegibilidad, beneficios o la cantidad que Medicare paga por los servicios médicos que usted reciba.

La Ley de Reducción de Papeleo de 1995 requiere que le avisemos que la colección de esta información se hace según las disposiciones de la sección 3507 de La Ley de Reducción de Papeleo de 1995. No podemos coleccionar ni patrocinar la colección de información, y usted no está obligado a responder a una colección de información a menos que muestre un número válido de control de la Oficina de Gerencia y Presupuesto (OMB, siglas en inglés). El número válido de control de OMB para esta colección de la información es 0938-0930. Calculamos que tardará unos 15 minutos para completar cada sección. Esto incluye el tiempo que se tardará en leer las instrucciones, reunir la información necesaria y llenar el formulario. Si usted tiene comentarios sobre la precisión del estimado que toma llenar este formulario o sugerencias de cómo mejorar este documento, por favor envíelos por escrito a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Baltimore, Maryland 21244-1850.