



Medicare

Formulario de Autorización para Divulgar Información Médica Personal

Use este formulario para dar permiso al 1-800-MEDICARE para compartir su información médica personal con alguien que no sea usted.

También puede usar este formulario para obtener información de alguien que ha fallecido (si tiene derecho legalmente a esa información porque es un albacea, o si tiene documentos de la corte que le otorgan derechos sobre esa información).

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. Para obtener la lista completa de cómo 1-800-MEDICARE usa su información, consulte el aviso de privacidad en el manual *Medicare y Usted*, o visite [es.Medicare.gov](https://www.es.Medicare.gov) y busque “prácticas de privacidad”.

Envíe su formulario en línea o por correo

- Para un servicio más rápido, envíe este formulario en línea iniciando sesión en su cuenta segura en [es.Medicare.gov](https://www.es.Medicare.gov).
- O, envíe por correo su formulario de autorización completado y firmado a:
1-800-MEDICARE Written Authorization Dept.
PO Box 1270
Lawrence, KS 66044

Si está solicitando información médica 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/fiduciario, parientes más cercanos atestiguados por documentos judiciales con un sello judicial y la firma de un juez, carta testamentaria o de administración con un sello judicial y la firma del juez, o documentación de un representante personal con un sello judicial y la firma del juez).

Cómo cancelar su autorización de divulgación

Usted tiene el derecho de cambiar o cancelar (“revocar”) su autorización en cualquier momento. Si cambia de opinión más tarde y ya no desea que compartamos su información médica personal, escríbanos a la dirección anterior y díganos. Su carta cancelará su formulario de autorización y ya no compartiremos su información médica personal (excepto cualquier información que ya hayamos divulgado según su permiso original).

Obtenga ayuda con este formulario

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.

Obtener información en otro formato

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

Ley de Reducción de Trámites: De acuerdo con la Ley de Reducción de Trámites de 1995, ninguna persona está obligada a responder a una recopilación de información a menos que muestre un número de control válido de la OMB. El número de control válido de la OMB para esta recopilación de información es 0938-0930. El tiempo necesario para completar esta recopilación de información es de 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 exactitud de la(s) estimación(es) de tiempo o sugerencias para mejorar este formulario, escríbanos 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 de divulgación de su información médica personal se retrasará significativamente.**

Use este formulario para dar permiso al 1-800-MEDICARE para compartir su información médica personal con alguien que no sea usted. También puede usar este formulario para obtener información de alguien que ha fallecido (si tiene derecho legal a esa información porque es un albacea o tiene documentos judiciales que le otorgan derechos sobre esa información)

Primer nombre				Segundo nombre				Apellido				Sufijo			
Número de Medicare								Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)							
<input type="text"/>				<input type="text"/>				<input type="text"/>				<input type="text"/>			
Dirección postal (número y calle, P.O. Box, o ruta)															
Ciudad												Estado		Código postal	
<input type="text"/>												<input type="text"/>		<input type="text"/>	
Número de teléfono (opcional)								Dirección de correo electrónico (opcional)							
<input type="text"/>				<input type="text"/>				<input type="text"/>							

Para compartir con más de 2 personas u organizaciones, anote su nombre y dirección en el reverso de este formulario.

Dirección postal (número y calle, P.O. Box, o ruta)		
Ciudad	Estado	Código postal

Dirección postal (número y calle, P.O. Box, o ruta)		
Ciudad	Estado	Código postal

- ☐ Elegibilidad para Medicare
- ☐ Reclamaciones de Medicare
- ☐ Inscripción en planes de salud y medicamentos
- ☐ Pagos de primas
- ☐ Otro (Escriba cualquier otra información que desee compartir a continuación. Por ejemplo, información de pago):

Sólo 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 la salud mental y el VIH. ¿Da permiso para compartir esta información?

- ☐ **Sí, doy permiso al 1-800-MEDICARE para compartir información** sobre el abuso de alcohol y drogas, tratamiento de salud mental o VIH.
- ☐ **No, NO le doy permiso a 1-800-MEDICARE para compartir información** sobre el abuso de alcohol y drogas, tratamiento de salud mental o VIH.

¿Por cuánto tiempo puede 1-800-MEDICARE usar esta autorización para compartir su información médica personal*?

Marque uno:

- ☐ Compartir mi información médica personal **indefinidamente**.
- ☐ Compartir mi información médica personal sólo durante este período de tiempo:

Fecha de inicio: / Fecha de finalización: /

*Su estado puede tener diferentes límites sobre cuánto tiempo Medicare puede compartir su información médica personal.

Explique por qué le está dando permiso al 1-800-MEDICARE para compartir su información.
(Puede escribir "A petición mía").

Firma

Al firmar este formulario, autorizo a 1-800-MEDICARE a compartir mi información médica personal mencionada anteriormente con la(s) persona(s) u organización(es) que nombré en este formulario. Entiendo que mi información médica personal puede ser divulgada de nuevo por la(s) persona(s) u organización(es) y puede dejar de estar protegida por la ley.

Firma

Fecha de firma (mm/dd/aaaa)

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Información del representante personal

- ☐ Marque aquí si está firmando como representante personal y complete el formulario a continuación.
- ☐ Adjunte una copia de la documentación que demuestre que puede actuar en nombre de la persona (como un poder notarial).

Nombre del representante personal

Segundo nombre

Apellido

Sufijo

Dirección postal (número y calle, P.O. Box, o ruta)

Ciudad

Estado

Código postal

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Número de teléfono (opcional)

Relación con la persona con Medicare

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Envíe su formulario en línea o por correo

- Para un servicio más rápido, envíe este formulario en línea iniciando sesión en su cuenta segura en es.Medicare.gov.
- O, envíe por correo su formulario de autorización completado y firmado a:
1-800-MEDICARE Written Authorization Dept.
PO Box 1270
Lawrence, KS 66044

Si está solicitando información médica personal de una persona fallecida que tenía Medicare, incluya una copia de la documentación legal que le otorga la autoridad para solicitar esta información.