



AUTHORIZATION TO USE AND DISCLOSE PROTECTED HEALTH INFORMATION AUTORIZACIÓN PARA USAR Y DIVULGAR INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA

OptumRx®, on behalf of itself and affiliated companies, uses this form to get your permission to use and/or disclose your protected health information (PHI) to your authorized representative. This authorization does not allow your authorized representative to make any of your treatment decisions or direct care decisions. If you want help with your health care and treatment decisions, you must get additional legal documentation. | *OptumRx, en su propio nombre y en nombre de sus compañías afiliadas, utiliza este formulario con el fin de obtener su permiso para usar y/o divulgar su información de salud protegida (PHI, por sus siglas en inglés) a su representante autorizado. Esta autorización no permite a su representante autorizado tomar ninguna de sus decisiones de tratamiento o decisiones de atención directa. Si desea ayuda con sus decisiones de tratamiento y atención de la salud, debe obtener documentación legal adicional.*

Use this form to request authorization for the release of PHI, including patient profile or prescription records to your authorized representative(s) named in Section 2 below. When filling out this form, provide your most current information. | *Use este formulario para solicitar la autorización de la divulgación de PHI, que incluye su perfil de paciente o registros de medicamentos de venta con receta, a su(s) representante(s) autorizado(s) nombrado(s) en la Sección 2 a continuación. Cuando llene este formulario, brinde su información más actual.*

1 Member information | Información sobre el miembro (please provide current information | proporcione información actual)

Last Name | *Apellido* First Name | *Nombre* MI | *Inicial del 2.º Nombre*

Mailing Street Address | *Dirección Postal* Apt. # | *N.º de Apto.*

City | *Ciudad* State | *Estado* ZIP | *Código Postal*

Member ID Number | *Número de Id. de Miembro*

Date of Birth (mm/dd/yyyy) | *Fecha de Nacimiento (mm/dd/aaaa)*

Phone Number with Area Code | *Número de Teléfono con Código de Área*

2 Authorized representative's information | Información sobre el representante autorizado

I authorize OptumRx to use and disclose my PHI to the person(s) or organization(s) named below. I understand that there are certain parties that must protect the privacy of my PHI. These are health care providers and other parties who are required to do so under federal or related state laws. If my authorized representative is not a health care provider or another party required to protect my PHI, it could be discussed and/or released by my authorized representative without my permission. | *Autorizo a que OptumRx use y divulgue mi PHI a las personas u organizaciones que nombro a continuación. Entiendo que existen ciertos terceros que deben proteger la privacidad de mi PHI, que son proveedores de atención de la salud y otros a quienes se les exige hacerlo conforme a las leyes federales o estatales relacionadas. Si mi representante autorizado no es un proveedor de atención de la salud u otro tercero al que se le exige proteger mi PHI, ésta podría ser analizada y/o divulgada por mi representante autorizado sin mi permiso.*



Authorized representative #1 | Representante autorizado n.º 1

Name | Nombre

Phone Number with Area Code | Número de Teléfono con Código de Área

Mailing Street Address | Dirección Postal

Apt. # | N.º de Apto.

City | Ciudad

State | Estado

ZIP | Código Postal

Relationship to Member | Relación con el Miembro

Authorized representative #2 | Representante autorizado n.º 2

Name | Nombre

Phone Number with Area Code | Número de Teléfono con Código de Área

Mailing Street Address | Dirección Postal

Apt. # | N.º de Apto.

City | Ciudad

State | Estado

ZIP | Código Postal

Relationship to Member | Relación con el Miembro

3 Description of information to use or disclose | Descripción de la información que se usará o divulgará

Please describe the information covered by this authorization. | *Describe la información cubierta por esta autorización.*

I understand that by leaving this section blank, I am authorizing the disclosure of all of my PHI, including my patient profile and pharmaceutical records, to my authorized representative(s). | *Entiendo que al dejar esta sección en blanco, autorizo la divulgación de toda mi PHI, que incluye mi perfil de paciente y mis registros farmacéuticos, a mí(s) representante(s) autorizado(s).*

Description | Descripción:

4 Purpose of disclosure | Objetivo de la divulgación

The purpose of this authorization is to assist me in receiving my health plan benefits and make payments for my health plan benefits. If there are other purposes or reasons for this authorization, they are provided below. | *El objetivo de esta autorización es obtener ayuda para recibir los beneficios de mi plan de salud y realizar pagos por dichos beneficios. Si existen otros objetivos o motivos para esta autorización, se describen a continuación.*

Purpose | Objetivo:



5 Expiration and revocation | Vencimiento y revocación

I understand that I have the right to end this authorization at any time. I understand that if I do not wish the person(s) named in Section 2 to remain my authorized representative, I must cancel this authorization **in writing** and send such notice to the address listed below. I understand that a cancellation of this authorization has no effect on disclosures or uses of PHI by OptumRx before receiving my cancellation notice. | *Entiendo que tengo derecho a poner fin a esta autorización en cualquier momento. Entiendo que, si no deseo que la(s) persona(s) nombrada(s) en la Sección 2 siga(n) siendo mi(s) representante(s) autorizado(s), debo cancelar esta autorización por escrito y enviar dicho aviso a la dirección que se indica a continuación. Entiendo que una cancelación de esta autorización no tiene ningún efecto en las divulgaciones o usos de PHI que haya realizado OptumRx antes de recibir mi aviso de cancelación.*

If you are a resident of Maine, Maryland or Montana, the expiration date cannot exceed the following: ME-30 months; MD-24 months; MT-6 months. *Si usted es residente de Maine, Maryland o Montana, la fecha de vencimiento no puede exceder los siguientes plazos: ME: 30 meses; MD: 24 meses; MT: 6 meses.*

I understand that this authorization will expire on (insert date) |

Entiendo que esta autorización vencerá en (insertar fecha) : _____ .

If I do not provide an expiration date, I am aware that this authorization is valid for sixty (60) months from the date of my signature as noted below. *Si no proporciono una fecha de vencimiento, tengo presente que esta autorización es válida durante sesenta (60) meses a partir de la fecha de mi firma de abajo, o según lo exija la ley.*

6 Authorization and signature of individual or individual's LEGAL representative | Autorización y firma del representante LEGAL del interesado.

I have read and understand the content of this Authorization to Use and Disclose PHI. This authorization correctly describes my request of OptumRx. I understand that by signing this form, I am voluntarily giving my permission for OptumRx to use and/or disclose my PHI to the person(s) named in Section 2. Any services otherwise provided to me by OptumRx will not be affected by my decision to provide this authorization. I may refuse to sign, and OptumRx will not condition my treatment, payment, enrollment or eligibility for benefits on my decision to sign or not sign this authorization. | *He leído y entiendo el contenido de esta Autorización para Usar y Divulgar PHI. Esta autorización describe correctamente mi solicitud de OptumRx. Entiendo que, al firmar este formulario, doy voluntariamente mi permiso para que OptumRx use y/o divulgue mi PHI a la(s) persona(s) nombrada(s) en la Sección 2. Cualquier otro servicio que me preste OptumRx no se verá afectado por mi decisión de brindar esta autorización. Puedo rehusarme a firmar, y OptumRx no condicionará mi tratamiento, pago, inscripción o elegibilidad para beneficios debido a mi decisión de firmar o no esta autorización.*

X _____
Member Signature | Firma del Miembro

Date | Fecha

X _____
Witness Signature | Firma del Testigo

Date | Fecha

(A witness signature is only needed if the member is unable to sign or the witness is an interpreter |
Sólo es necesario la firma de un testigo si el miembro no es capaz de firmar o el testigo es un intérprete)

If this authorization is signed on the member's behalf by his/her legal representative, please **attach documentation of legal representative designation and complete the following** | *Si esta autorización es firmada en nombre del miembro por su representante legal, adjunte documentación de la designación de representante legal y llene lo siguiente:*

Legal Representative's Name | Nombre del Representante Legal

Date | Fecha

Mailing Street Address | Dirección Postal

Apt. # | N.º de Apto.

City | Ciudad

State | Estado

ZIP | Código Postal

Relationship to Member | Relación con el Miembro



Please mail the completed form to | *Llene y envíe el formulario por correo a:*

OptumRx

Attn: Commitment and Follow Up Team

6860 West 115th Street

Mail Stop: KS015-1000

Overland Park, KS 66211-2457



or fax to | o fax a!: 1-866-889-2116.

Please keep a copy of this form for your records. You also have the right to receive a copy of this authorization. | *Conserve una copia de este formulario como constancia. Usted también tiene derecho a recibir una copia de esta autorización.*

