



PO Box 996 ATTN PBM  
Portland, ME 04104  
Teléfono: (888) 676-0257 Fax: (850) 739-7195

### Formulario de autorización de privacidad de HIPAA

Autorización para el uso o divulgación de información médica protegida  
(Requerido por la Ley de Responsabilidad y Portabilidad del Seguro Médico - 45CFR Partes 160 y 164)

*Por favor imprimir*

<b>Información del miembro: (Individuo cuya información será divulgada)</b>			
Primer Nombre	Segundo Nombre	Apellido	
Fecha de nacimiento (MM/DD/YYYY)	Número de teléfono	Número de identificación de miembro	
Dirección	Ciudad	Estado	Código postal
<b>Información del padre/tutor legal: (Si el miembro es menor de edad)</b>			
Primer Nombre	Segundo Nombre	Apellido	
Fecha de nacimiento (MM/DD/YYYY)	Número de teléfono	Número de identificación de miembro	
Dirección	Ciudad	Estado	Código postal

<b>Representante personal: (Individuo autorizado para actuar en nombre del miembro)</b>			
Primer Nombre	Segundo Nombre	Apellido	
Dirección	Ciudad	Estado	Código postal
Número de teléfono	Relación con el miembro		



PO Box 996 ATTN PBM

Portland, ME 04104

Teléfono: (888) 676-0257 Fax: (850) 739-7195

**Periodo Efectivo**

Esta autorización de divulgación de información cubre el período desde:

- a.  Vence al finalizar la inscripción en Rightway Healthcare.
- b.  Fecha: \_\_\_\_\_ a la Fecha: \_\_\_\_\_.
- c.  El miembro o representante legal presenta una solicitud por escrito para revocar la autorización.

**Autorización**

Por la presente autorizo a Rightway Healthcare a divulgar la información de salud de identificación personal del miembro al Representante personal mencionado anteriormente. Esto incluye información sobre medicamentos, detalles de reclamos, inscripción, etc. por teléfono o chat seguro en la aplicación Rightway.

Si firma en nombre de un adulto o menor emancipado, el solicitante da fe de que tiene la autoridad legal adecuada para tomar decisiones de atención médica en nombre del individuo y que puede proporcionar dicha documentación cuando la solicite. Esto incluye, entre otros, un poder notarial de atención médica, un tutor legal designado por el tribunal o un poder general.

<b>Firma del miembro o padre/tutor legal</b>	<b>Fecha</b>

<b>Nombre en letra de imprenta del miembro o padre/tutor legal</b>	<b>Relación (si padre/tutor legal)</b>

Envíe el formulario completo a través de la aplicación Rightway

Envíe el formulario completo por fax al (850) 739-7195

Envíe el formulario completo por correo electrónico a [pbmcustomercare@rightwayhealthcare.com](mailto:pbmcustomercare@rightwayhealthcare.com)