

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN PROTEGIDA DE SALUD

Nombre Completo _____

Número de ID de BridgeSpan _____ Fecha de Nacimiento _____

Número de Grupo _____

Dirección de Correo Electrónico _____

Al brindarnos su correo electrónico, nos autoriza a utilizar el correo electrónico que nos brindó para confirmar que esta Autorización para Divulgar Información Protegida de Salud sea implementada o para obtener cualquier información adicional necesaria que haga falta para implementarla.

Si tuviera más de una póliza de seguro con BridgeSpan, aplicaremos esta autorización en todas sus pólizas.

Autorizo a BridgeSpan Health Company (BridgeSpan) a divulgar la siguiente información:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Inscripción, elegibilidad, información de beneficios | <input type="checkbox"/> Reclamo, estatus y/o historia de reclamos |
| <input type="checkbox"/> Records médicos y diagnosis | <input type="checkbox"/> Primas e información de facturación |
| <input type="checkbox"/> Alcohol/abuso de sustancias* | <input type="checkbox"/> Apelaciones |
| <input type="checkbox"/> Preautorización | <input type="checkbox"/> Otro _____ |

Esta información podría contener información delicada incluyendo la relacionada con el tratamiento de enfermedades de transmisión sexual, VIH/SIDA, salud mental y reproducción o anticoncepción (incluyendo cuidados prenatales y aborto), disforia de género, servicios médicos de afirmación de género y violencia doméstica.

Yo autorizo a BridgeSpan a divulgar la información identificada anteriormente a la/s siguiente/s persona/s o entidad/es:

Nombre y Apellido

Nombre y Apellido

Parentesco

Parentesco

Dirección

Dirección

Teléfono

Teléfono

Debe elegir una:

El propósito de la divulgación es: el ayudarme con mi plan de salud **U** otro _____

Esta autorización es válida por dos años desde la fecha de mi firma. Puedo cancelar esta autorización en cualquier momento enviando un aviso por escrito a BridgeSpan, PO Box 1106, Lewiston, ID 83501-1106. La cancelación de esta autorización no afectará ninguna acción que tome BridgeSpan antes de recibir mi aviso de cancelación. Comprendo que completar esta autorización no es una condición para recibir tratamiento, pago, inscripción o elegibilidad. BridgeSpan no es responsable de ninguna acción tomada por la parte autorizada a recibir mi información protegida de salud. Soy consciente que una vez que BridgeSpan divulgue mi información a la parte autorizada las protecciones de privacidad provistas por la ley ya no corresponderán.

► _____
Firmado _____ Fecha (mm/dd/aaaa)

Si estuviera firmando esta autorización de parte de otra persona, por favor complete la siguiente información y adjunte documentación demostrando su autoridad para actuar de parte de esta persona (poder judicial, tutela, etc.).

_____ _____ _____
Firma del Representante Personal (en imprenta) Teléfono Relationship

► _____
Firma del Representante Personal _____ Fecha (mm/dd/aaaa)

*Aviso: Comprendo que los records de mi uso de sustancias están protegidos bajo la ley federal (42 CFR Part 2) y no podrán ser divulgados sin mi consentimiento escrito a menos que el 42 CFR Part 2 lo especifique de otra forma. También entiendo que puedo cancelar esta aprobación en cualquier momento, como se describe anteriormente.

**Por favor regrese el formulario completo a BridgeSpan: PO Box 1106, Lewiston, ID 83501-1106
email a MemberMaintenance@bridgespanhealth.com**

NONDISCRIMINATION NOTICE

BridgeSpan Health complies with applicable Federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex. BridgeSpan Health does not exclude people or treat them differently because of race, color, national origin, age, disability, or sex.

BridgeSpan Health:

Provides free aids and services to people with disabilities to communicate effectively with us, such as:

- Qualified sign language interpreters
- Written information in other formats (large print, audio, and accessible electronic formats, other formats)

Provides free language services to people whose primary language is not English, such as:

- Qualified interpreters
- Information written in other languages

If you need these services listed above, please contact:

Customer Service

1-855-857-9943 (TTY: 711)

If you believe that BridgeSpan Health has failed to provide these services or discriminated in another way on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex, you can file a grievance with our civil rights coordinator below:

Customer Service

Civil Rights Coordinator
M/S CS B32B, P.O. Box 1271
Portland, OR 97207-1271
1-855-857-9943, (TTY: 711)
Fax: 1-888-309-8784
CS@BridgeSpanHealth.com

You can also file a civil rights complaint with the U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights electronically through the Office for Civil Rights Complaint Portal at <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, or by mail or phone at:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue SW,
Room 509F HHH Building
Washington, DC 20201

1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD).

Complaint forms are available at <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

Language assistance

ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-855-857-9943 (TTY: 711).

注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-855-857-9943 (TTY: 711)。

CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-855-857-9943 (TTY: 711).

주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-855-857-9943 (TTY: 711) 번으로 전화해 주십시오.

PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-855-857-9943 (TTY: 711).

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-855-857-9943 (телетайп: 711).

ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-855-857-9943 (ATS : 711)

注意事項：日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。1-855-857-9943 (TTY:711) まで、お電話にてご連絡ください。

Díí baa akó nínízin: Díí saad bee yáníłti'go **Diné Bizaad**, saad bee áká'ánída'áwo'déé', t'áá jiik'eh, éí ná hóló, kojí' hódíílnih 1-855-857-9943 (TTY: 711.)

FAKATOKANGA'I: Kapau 'oku ke Lea-Fakatonga, ko e kau tokoni fakatonu lea 'oku nau fai atu ha tokoni ta'etotongi, pea te ke lava 'o ma'u ia. ha'o telefonimai mai ki he fika 1-855-857-9943 (TTY: 711)

OBAVJEŠTENJE: Ako govorite srpsko-hrvatski, usluge jezičke pomoći dostupne su vam besplatno. Nazovite 1-855-857-9943 (TTY- Telefon za osobe sa oštećenim govorom ili sluhom: 711)

ប្រយ័ត្ន៖ បើសិនជាអ្នកនិយាយ ភាសាខ្មែរ, សេវាជំនួយផ្នែកភាសា ដោយមិនគិតល្អល គឺអាចមានសំរាប់បំរើអ្នក។ ចូរ ទូរស័ព្ទ 1-855-857-9943 (TTY: 711)។

ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਪੰਜਾਬੀ ਬੋਲਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਮੁਫਤ ਉਪਲਬਧ ਹੈ। 1-855-857-9943 (TTY: 711) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।

ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlose Sprachdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: 1-855-857-9943 (TTY: 711)

ማስታወሻ:- የሚናገሩት ቋንቋ አማርኛ ከሆነ የትርጉም እርዳታ ድርጅቶች፣ በነጻ ሊያገዝዎት ተዘጋጅተዋል፤ በሚከተለው ቁጥር ይደውሉ 1-855-857-9943 (መስማት ለተሳናቸው:- 711)::

УВАГА! Якщо ви розмовляєте українською мовою, ви можете звернутися до безкоштовної служби мовної підтримки. Телефонуйте за номером 1-855-857-9943 (телетайп: 711)

ध्यान दिनुहोस्: तपाईंले नेपाली बोल्नुहुन्छ भने तपाईंको निम्ति भाषा सहायता सेवाहरू निःशुल्क रूपमा उपलब्ध छ । फोन गर्नुहोस् 1-855-857-9943 (टिक्टाइप: 711)

ATENȚIE: Dacă vorbiți limba română, vă stau la dispoziție servicii de asistență lingvistică, gratuit. Sunați la 1-855-857-9943 (TTY: 711)

MAANDO: To a waawi [Adamawa], e woodi ballooji-ma to ekkitaaki wolde caahu. Noddu 1-855-857-9943 (TTY: 711)

โปรดทราบ: ถ้าคุณพูดภาษาไทย คุณสามารถใช้บริการช่วยเหลือทางภาษาได้ฟรี โทร 1-855-857-9943 (TTY: 711)

ໂປດຊາບ: ຖ້າວ່າ ທ່ານເວົ້າພາສາ ລາວ, ການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາ, ໂດຍບໍ່ເສັງຄ່າ, ຄວນມີຜ້ອມໃຫ້ທ່ານ. ໂທ 1-855-857-9943 (TTY: 711)

Afaan dubbattan Oroomiffaa tiif, tajaajjila gargaarsa afaanii tola ni jira. 1-855-857-9943 (TTY: 711) tiin bilbilaa.

توجه: اگر بہ زبان فارسی صحبت می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما فراهم می باشد. با 1-855-857-9943 (TTY: 711) تماس بگیرید.

ملحوظة: إذا كنت تتحدث فاذاكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم 1-855-857-9943 (رقم هاتف الصم والبكم 711 TTY)