



Authorization for Beacon Health Options to Release Confidential Information

Important: By completing all sections of this form you allow Beacon Health Options, Inc. (Beacon) to disclose health care information to the individuals you identify for up to one year. You may allow Beacon to share health care information with your family, providers, legal representative, or **anyone** you wish to have access. Please fill in all sections as incomplete forms may be returned.

Please note: It is also important for your doctor to have access to your medical information to ensure you receive the best care possible, including any follow-up care that may be needed. To allow Beacon the ability to send your health care information to your doctor, complete and sign this form. We will only send information that pertains to your care.

If your request involves alcohol or substance use information, please pay attention to the special instructions in the applicable sections.

SECTION 1: WHOSE HEALTH CARE INFORMATION IS TO BE RELEASED?

I, _____ (**Member Name**) authorize Beacon (or any Beacon Health Options subsidiary holding my information) to disclose my health care information as described below.

Additional Member Identifying Information Member ID#: _____ DOB: ____/____/____
Phone Number: _____ Name of Health Plan: _____

SECTION 2: WHO IS TO RECEIVE THIS HEALTH CARE INFORMATION?

Print the Name(s) of person, provider or entity who will be receiving your information and contact information (if known):

Phone number of who will be receiving your information: _____

Is it ok to include information from past, present, and/or future treating provider(s)?: Yes No

SECTION 3: WHY SHOULD THIS HEALTH CARE INFORMATION BE RELEASED?

Reason ("At my request" is an acceptable response): _____

Specify, if possible: Care Coordination/Management Claim Assistance Quality of Care Review
 Other (Please explain reason): _____

SECTION 4: WHAT HEALTH CARE INFORMATION MAY BE RELEASED?

BY INITIALING the items on the following page, you authorize Beacon to release specific types of information to the party identified in Section 2 above:



____ Mental health information and/or records **(INITIALS REQUIRED)**

Optional: Claims info Authorizations Explanation of benefit letters Denials/Appeals info Clinical notes

____ Alcohol or substance use information and/or records **(INITIALS REQUIRED)**

____ HIV/AIDS related information and/or records **(INITIALS REQUIRED)**

____ Other health information, please specify **(INITIALS REQUIRED)**: _____

Special instructions, if any (you may specify provider, date span, service type, etc.): _____

SECTION 5: HOW LONG SHOULD THIS AUTHORIZATION LAST?

This authorization shall be in force and effect **for one year** or until I revoke it, in the manner described below or until **(insert expiration date or event)** _____ (whichever is shorter).

SECTION 6: WHAT ARE MY RIGHTS?

- You have a right to request a copy of this form and to request a copy of the information that is being disclosed.
- You do not have to sign this authorization and your refusal will not affect your benefits unless this authorization is necessary to determine your benefits.
- The information disclosed by this authorization may be at risk for re-disclosure by the recipient and if that happens, it might no longer be protected by federal privacy laws.
- You have a right to revoke this authorization at any time. ***But if you revoke this authorization, the revocation will not affect the disclosure of any information that Beacon has already sent to the recipient.***
- If you authorized release of alcohol or substance use information to a healthcare organization that is not your treating provider, for the next two years, you have the right to find out who within that organization actually saw your information. You should contact the organization directly for that information.

Please note that if you have authorized the release of ONLY alcohol or substance use treatment records, you may revoke this authorization verbally. Revocation involving all other types of health care records must be in writing.

Signature of the Member or the Member's Legally Authorized Representative*

Date

Print Name

*** NOTE: If you are signing as the individual's Legally Authorized Representative, attach a copy of the appropriate legal document(s) granting you the authority to do so. Examples would be a health care power of attorney, a court order, guardianship papers, etc. A financial or business power of attorney is NOT sufficient.**





Authorization for Beacon Health Options to Release Confidential Information

Please contact the phone number for behavioral health, mental health, or substance use services on your medical ID card with any questions or to determine where to mail or fax your request.



Importante: Al completar todas secciones de este formulario, usted autoriza a Beacon Health Options, Inc. (Beacon) a divulgar información de salud a las personas que usted identifique durante un lapso de hasta un año. Puede autorizar a Beacon a compartir información de salud con sus familiares, proveedores, representante legal o **cualquier persona** que usted desee que tenga acceso. Debe completar todas las secciones, porque los formularios incompletos serán devueltos.

Importante: También es importante que su médico tenga acceso a su información de salud para garantizar que usted reciba la mejor atención posible, incluida la atención de seguimiento que fuera necesaria. Para autorizar a Beacon a enviar su información de salud a su médico, complete y firme este formulario. Únicamente enviaremos información relativa a su salud.

Si su solicitud se refiere a información sobre abuso de alcohol y otras sustancias, preste especial atención a las instrucciones en las secciones correspondientes.

SECCIÓN 1: ¿A QUIÉN PERTENECE LA INFORMACIÓN DE SALUD QUE SERÁ DIVULGADA?

Yo, _____ (**Nombre del afiliado**) autorizo a Beacon (o cualquier filial de Beacon Health Options que tenga mi información) a divulgar mi información de salud, tal como se indica a continuación.

Información adicional de identificación del afiliado N.º identif. del afiliado: _____

F. de nac.: ____/____/____

Teléfono: _____ Nombre del plan de salud: _____

SECCIÓN 2: ¿QUIÉN RECIBIRÁ ESTA INFORMACIÓN DE SALUD?

Escriba en letra de imprenta el nombre de la persona, proveedor o entidad que recibirá su información y la información de contacto (si la conoce):

Teléfono de la persona que recibirá la información: _____

¿Está de acuerdo con que se incluya información de proveedores anteriores, actuales o futuros? Sí No

SECCIÓN 3: ¿POR QUÉ DEBERÍA DIVULGARSE ESTA INFORMACIÓN DE SALUD?

Motivo ("Por pedido mío" no es una respuesta válida):

Detalle, de ser posible: Coordinación/Administración de atención Asistencia con reclamos Revisión de la calidad de la atención

Otros (Explique el motivo): _____

SECCIÓN 4: ¿QUÉ TIPO DE INFORMACIÓN DE SALUD SERÁ DIVULGADO?

AL INCLUIR SUS INICIALES en los puntos de las siguientes páginas, usted autoriza a Beacon a divulgar los tipos específicos de información a la parte identificada en la sección 2 anterior:

____ Información/registros de salud mental (**INICIALES OBLIGATORIAS**)

____ Información o registros sobre abuso de alcohol u otras sustancias (**INICIALES OBLIGATORIAS**)

Opcional: Información sobre reclamos Autorizaciones Explicación de cartas de beneficios

Información sobre rechazos/apelaciones Notas clínicas

____ Información o registros sobre VIH/SIDA (**INICIALES OBLIGATORIAS**)

____ Otra información de salud; especifique (**INICIALES OBLIGATORIA**) _____

Instrucciones especiales, si hubiera (puede especificar proveedor, rango de fecha, tipo de servicio, etc.):

SECCIÓN 5: ¿QUÉ VIGENCIA TENDRÁ ESTA AUTORIZACIÓN?

Esta autorización tendrá un vigencia de **un año** o hasta que yo la revoque, de la manera descrita a continuación o hasta (**insertar fecha de caducidad o acontecimiento**) _____ (lo que resulte más corto).

SECCIÓN 6: ¿CUÁLES SON MIS DERECHOS?

- Usted tiene derecho a solicitar una copia de este formulario y a solicitar una copia de la información que se va a divulgar.
- No es necesario que firme esta autorización, y negarse a hacerlo no afectará sus beneficios, salvo que esta autorización sea necesaria para establecer sus beneficios.
- La información divulgada por esta autorización puede correr el riesgo de ser redivulgada por del destinatario. Si esto sucediera, podría dejar de estar protegida por las leyes federales de privacidad.
- Usted tiene derecho a revocar esta autorización en cualquier momento. ***Pero si usted revoca esta autorización, la revocación no afectará la información ya divulgada por Beacon al destinatario.***
- Si usted autorizó la divulgación de información sobre abuso de alcohol u otras sustancias a una organización de atención de la salud que no es el proveedor que lo atiende, durante los dos próximos años, usted tiene derecho a saber quién dentro de esa organización consultó su información. Debería contactar directamente a la organización acerca de esa información.

Tenga en cuenta que si autorizó la divulgación ÚNICAMENTE de registros sobre abuso de alcohol u otras sustancias, usted puede revocar esta autorización de manera verbal. La revocación de todos los demás tipos de registros de salud debe realizarse por escrito.

Firma del afiliado o del representante legal autorizado del afiliado*

Fecha

Nombre en letra de imprenta

* **NOTA:** Si usted firma como representante legal autorizado del paciente, adjunte una copia del documento legal pertinente que le otorga dicha autoridad. Por ejemplo, un poder legal de atención médica, una orden judicial, documentación de custodia legal, etc. Un poder legal financiero o comercial NO es suficiente.

Si tiene alguna pregunta o para saber dónde enviar su solicitud por correo o fax, puede llamar al número de teléfono de los servicios de salud conductual, salud mental o de abuso de sustancias, que se encuentra en su tarjeta de afiliado.