



Adjunto encontrará el formulario de autorización para divulgar información personal de salud que usted solicitó. Puede retirar (“revocar”) su permiso por escrito en cualquier momento. Puede revocar la autorización por escrito mediante una carta enviada a la dirección indicada a continuación o puede llamar a Servicios para Miembros.

Si solicita información personal de salud de un beneficiario fallecido, incluya una copia de la documentación legal que indique que usted está autorizado para solicitar información.

Documentación aceptable:

- Documentos de albacea o ejecutor testamentario
- Documento legal que ratifique la condición de familiares más cercanos con el timbre de un tribunal y la firma de un juez
- Carta del testamentario o administración con el timbre de un tribunal y la firma de un juez
- Documento del representante personal con el timbre de un tribunal y la firma de un juez

Dirección donde enviar su formulario de autorización una vez llenado:

Health Choice Generations
410 N. 44th Street Suite 900
Phoenix, AZ 85008

Llame a Health Choice Generations al 1-800-656-8991 si tiene alguna pregunta. Los usuarios de TTY deben llamar al 711. Atendemos seven days a week, from 8 a.m. to 8 p.m.

Gracias por continuar siendo miembro de Health Choice Generations.

Health Choice Generations HMO D-SNP es un plan de salud que tiene contrato con Medicare y con el programa estatal Medicaid. La inscripción en Health Choice Generations HMO D-SNP depende de la renovación del contrato.

Esta información está disponible en otros formatos, como braille, letra grande y audio.

Health Choice Generations HMO D-SNP
410 North 44th Street, Suite 900 • Phoenix, AZ 85008
Teléfono: (800) 656-8991 • TTY: 711 • www.HealthChoiceGenAZ.com



Health Choice Generations solo divulgará la información personal de salud que usted desea que se dé a conocer. Use este formulario si desea que Health Choice Generations entregue su información personal de salud a otra persona que no sea usted.

Nombre:	Inicial 2.º nombre:	Apellido:	Fecha de nacimiento:
Número del miembro:		Número de teléfono particular: ()	

Marque solo **una** casilla a continuación para indicar durante cuánto tiempo Health Choice Generations puede usar esta autorización para divulgar su información personal de salud.

- Divulgar mi información personal por tiempo indefinido
- Divulgar mi información personal solo por un período especificado

Desde: _____ (mm/dd/aaaa) **Hasta:** _____ (mm/dd/aaaa)

Representante personal: _____

Fecha de nacimiento: _____

Dirección: _____

Número de teléfono: _____

Relación con el miembro: _____

Marque aquí si usted está firmando como un representante personal. Le rogamos adjuntar la documentación adecuada que indique que usted está autorizado para solicitar información, por ejemplo, un poder de representación legal.

Entiendo que si firmo este formulario autorizo a Health Choice Generations a divulgar mi información personal de salud a la persona o personas que he indicado en este formulario.

Su firma*: _____ **Fecha:** _____

Health Choice Generations HMO D-SNP
410 North 44th Street, Suite 900 • Phoenix, AZ 85008
Teléfono: (800) 656-8991 • TTY: 711 • www.HealthChoiceGenAZ.com