

Querido Beneficiario:

Gracias por su reciente pedido de un Formulario Estándar de Autorización de Medicare. Adjunto le enviamos el formulario con las instrucciones para completarlo.

Este formulario se utiliza para autorizar a Medicare a divulgar su Información Personal sobre su salud a cualquier persona o personas que usted eligió.

**A donde debe enviar el formulario después de haberlo completado:**

Una vez que haya completado y firmado su formulario, envíelo a la siguiente dirección. **Por favor no envíe el formulario a la dirección en el sobre.** Esto podría causar retraso en el proceso de su forma.

Regrese nuestra forma a:

**Medicare BCC, Written Authorizations Dept.**

**Po Box 1270**

**Lawrence, KS 66044**

**Para beneficiarios que viven en Nueva York solamente:**

La Ley de Salud Pública del Estado de Nueva York protege la información que razonablemente podría identificar a alguien que tiene el VIH (Virus de Inmunodeficiencia Humana) o síntomas de la infección y la información relativa a una persona de contacto. A causa de las leyes de Nueva York de protección de la intimidad de la información relativa al abuso de alcohol y drogas, tratamiento de salud mental, y el VIH, existen instrucciones especiales para residentes de Nueva York, sobre como completar este formulario. Yo estaré encantado de ayudarle

- **En la pregunta 2A**, marque la casilla "Información Limitada", incluso si quiere autorizar la divulgación de toda su información personal sobre su salud.
- **De ahí proceda a la pregunta 2B.**

La **Ley de Reducción de Papeleo de 1995** requiere que le avisemos que la colección de esta información se hace según las disposiciones de la sección 3507 de La Ley de Reducción de Papeleo de 1995. No podemos coleccionar ni patrocinar la colección de información, y usted no está obligado a responder a una colección de información a menos que muestre un número válido de control de la Oficina de Gerencia y Presupuesto (OMB, siglas en inglés). El número válido de control de OMB para esta colección de la información es 0938-0930. Calculamos que tardará unos 15 minutos para completar cada sección. Esto incluye el tiempo que se tardará en leer las instrucciones, reunir la información necesaria y llenar el formulario. Si usted tiene comentarios sobre la precisión del estimado que toma llenar este formulario o sugerencias de cómo mejorar este documento, por favor envíelos por escrito a: **CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Baltimore, Maryland 21244-1850.**

## Instrucciones para completar la sección 2B de la Forma de Autorización:

Por favor seleccione una de las siguientes opciones:

**Opción 1** Para **incluir** Si usted desea toda la información divulgada, incluyendo la información sobre el abuso de alcohol y drogas, tratamiento de salud mental, y el VIH, marque la casilla de "Otros Información Específica." En la línea debajo de ese cuadro, escriba, "Toda la información, incluyendo la información sobre el abuso de alcohol y drogas, tratamiento de salud mental, y el VIH." A continuación, proceda con el resto del formulario.

**Opción 2** Para **Excluir** Si usted desea toda la información divulgada, excepto la información sobre el abuso de alcohol y drogas, tratamiento de salud mental, y el VIH, marque la casilla de "Otra Información Específica." En la línea debajo de ese cuadro, escriba, "Toda la información, excepto la información sobre el abuso de alcohol y drogas, tratamiento de salud mental, y el VIH." A continuación, proceda con el resto del formulario.

- Para cualquier pregunta o asistencia adicional, por favor llámenos a 1-800- Medicare (1-800-633-4227)

Sinceramente,

Representante de Servicio al cliente.

Por ley, Medicare debe obtener su autorización por escrito para usar o divulgar su información médica personal para cualquier propósito no especificado en el aviso de privacidad en el libro de Medicare Y Usted. Usted puede revocar (retirar) su autorización en cualquier momento, excepto si Medicare ya ha utilizado su información basándose en el permiso otorgado.

Si desea que el 1-800-MEDICARE divulgue su información personal médica a una persona otra que usted, tiene que dejarle saber a Medicare por escrito.

Por favor siga paso por paso estas instrucciones cuando complete su "Formulario Estándar de Autorización de Medicare para divulgar información médica personal". Asegúrese que complete todas las secciones del formulario para que sea procesado sin retrasos.

La **Ley de Reducción de Papeleo de 1995** requiere que le avisemos que la colección de esta información se hace según las disposiciones de la sección 3507 de La Ley de Reducción de Papeleo de 1995. No podemos coleccionar ni patrocinar la colección de información, y usted no está obligado a responder a una colección de información a menos que muestre un número válido de control de la Oficina de Gerencia y Presupuesto (OMB, siglas en inglés). El número válido de control de OMB para esta colección de la información es 0938-0930. Calculamos que tardará unos 15 minutos para completar cada sección. Esto incluye el tiempo que se tardará en leer las instrucciones, reunir la información necesaria y llenar el formulario. Si usted tiene comentarios sobre la precisión del estimado que toma llenar este formulario o sugerencias de cómo mejorar este documento, por favor envíelos por escrito a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Baltimore, Maryland 21244-1850.

1. Escriba el nombre de la persona inscrita en Medicare.

Escriba el numero de Medicare de la misma manera que aparece en su tarjeta roja, blanca y azul, incluyendo cualquier letra (por ejemplo, 123456789A).

Escriba su fecha de nacimiento en el formato de mes, día, y año (mm/dd/yyyy) de la persona inscrita en Medicare.

2. Esta sección le proporciona a Medicare que información personal médica puede divulgar. Por favor marque la casilla en la pregunta 2A para indicarle a medicare que información puede divulgar. Si solo quiere que Medicare divulgue información limitada (por ejemplo, elegibilidad de Medicare), también marque la casilla 2B que aplique a la información que usted desea que Medicare divulgue.
3. Esta sección le dejará saber a Medicare cuando debe empezar y/o para divulgar su información personal médica. Marque esta casilla si usted no quiere limitar el tiempo en el que Medicare puede divulgar su información, o si quiere que Medicare solo divulgue su información en ciertos días y momentos especifique los días.
4. Medicare divulgará su información médica personal a persona(s) u organizaciones que usted especifique en esta forma. Usted puede especificar una o más personas u organizaciones. Si asigna una organización, debe identificar uno o más individuos pertenecientes a esa organización a la cual Medicare podrá revelar su información personal médica.

La **Ley de Reducción de Papeleo de 1995** requiere que le avisemos que la colección de esta información se hace según las disposiciones de la sección 3507 de La Ley de Reducción de Papeleo de 1995. No podemos coleccionar ni patrocinar la colección de información, y usted no está obligado a responder a una colección de información a menos que muestre un número válido de control de la Oficina de Gerencia y Presupuesto (OMB, siglas en inglés). El número válido de control de OMB para esta colección de la información es 0938-0930. Calculamos que tardará unos 15 minutos para completar cada sección. Esto incluye el tiempo que se tardará en leer las instrucciones, reunir la información necesaria y llenar el formulario. Si usted tiene comentarios sobre la precisión del estimado que toma llenar este formulario o sugerencias de cómo mejorar este documento, por favor envíelos por escrito a: **CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Baltimore, Maryland 21244-1850.**

5. La persona inscrita en Medicare o su representante legal deben firmar con su nombre, especificar el día, el número de teléfono y la dirección del beneficiario.  
Si usted es el representante legal de la persona inscrita en Medicare marque la casilla y escriba su dirección y número de teléfono. Envíe copias de los documentos que demuestren que es el representante legal. (Por ejemplo, Poder Legal).
6. Envíe su formulario completo, autorización firmada a Medicare a la dirección en el formulario de autorización.
7. En el futuro, si cambia de parecer y no desea que Medicare divulgue su información médica personal, escriba su petición a Medicare y envíela a la dirección proporcionada en la pregunta número seis. Su carta revocara su autorización y Medicare no divulgara su información médica personal (excepto si Medicare ya ha utilizado su información basándose en el permiso otorgado anteriormente).

Usted deberá firmar su autorización y hacer copias antes de enviarla a Medicare para su records.

\_\_\_\_\_  
**1. Escriba su Nombre**  
 (Primer Nombre y Apellido)

\_\_\_\_\_  
**Número de Medicare**  
 (Como aparece en su tarjeta)

\_\_\_\_\_  
**Fecha de Nacimiento**  
 (mm/dd/yyyy)

2. Medicare solo divulgará la información personal de salud que usted autorice.

**2A: Para informarle ha Medicare específicamente que información médica personal usted quiere que sea divulgada solo chequee una casilla:**

La **Ley de Reducción de Papeleo de 1995** requiere que le avisemos que la colección de esta información se hace según las disposiciones de la sección 3507 de La Ley de Reducción de Papeleo de 1995. No podemos coleccionar ni patrocinar la colección de información, y usted no está obligado a responder a una colección de información a menos que muestre un número válido de control de la Oficina de Gerencia y Presupuesto (OMB, siglas en inglés). El número válido de control de OMB para esta colección de la información es 0938-0930. Calculamos que tardará unos 15 minutos para completar cada sección. Esto incluye el tiempo que se tardará en leer las instrucciones, reunir la información necesaria y llenar el formulario. Si usted tiene comentarios sobre la precisión del estimado que toma llenar este formulario o sugerencias de cómo mejorar este documento, por favor envíelos por escrito a: **CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Baltimore, Maryland 21244-1850.**

Cualquier Información (siga con la pregunta 3)  
Información Limitada (siga con la pregunta 2b)

**2B: Complete esta pregunta solo si seleccionó “Información Limitada”. Marque todo lo que aplique:**

Información acerca de su Elegibilidad con Medicare

Información acerca de sus reclamos a Medicare

Información acerca de su inscripción en otros planes (ejemplo, Plan de Recetas Médicas de Medicare)

Información relacionada con los pagos de las primas

Otra información específica (por favor escriba en la línea; por ejemplo, información de pagos)

---

### **3. Marque solo una casilla informándole a Medicare por cuánto tiempo podrá divulgar su información médica personal (esto está sujeto a cambiar**

La **Ley de Reducción de Papeleo de 1995** requiere que le avisemos que la colección de esta información se hace según las disposiciones de la sección 3507 de La Ley de Reducción de Papeleo de 1995. No podemos coleccionar ni patrocinar la colección de información, y usted no está obligado a responder a una colección de información a menos que muestre un número válido de control de la Oficina de Gerencia y Presupuesto (OMB, siglas en inglés). El número válido de control de OMB para esta colección de la información es 0938-0930. Calculamos que tardará unos 15 minutos para completar cada sección. Esto incluye el tiempo que se tardará en leer las instrucciones, reunir la información necesaria y llenar el formulario. Si usted tiene comentarios sobre la precisión del estimado que toma llenar este formulario o sugerencias de cómo mejorar este documento, por favor envíelos por escrito a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Baltimore, Maryland 21244-1850.

dependiendo de las leyes del estado donde vive – por ejemplo, su estado puede limitar el tiempo en que Medicare puede divulgar su información médica personal):

Divulgue mi información médica personal indefinidamente.

Divulgue mi información médica personal por solo un periodo específico comenzando: (mm/dd/yyyy) \_\_\_\_\_ y terminando: (mm/dd/yyyy) \_\_\_\_\_

**4. Escriba el nombre y la dirección de la persona(s) u organización(s) a las cuales desea que Medicare divulgue su información médica personal. Por favor si autoriza a una organización(s) escriba el nombre específico de esa persona:**

1.

|            |  |
|------------|--|
| Nombre:    |  |
| Dirección: |  |

2.

|            |  |
|------------|--|
| Nombre:    |  |
| Dirección: |  |

3.

|            |  |
|------------|--|
| Nombre:    |  |
| Dirección: |  |

La Ley de Reducción de Papeleo de 1995 requiere que le avisemos que la colección de esta información se hace según las disposiciones de la sección 3507 de La Ley de Reducción de Papeleo de 1995. No podemos coleccionar ni patrocinar la colección de información, y usted no está obligado a responder a una colección de información a menos que muestre un número válido de control de la Oficina de Gerencia y Presupuesto (OMB, siglas en inglés). El número válido de control de OMB para esta colección de la información es 0938-0930. Calculamos que tardará unos 15 minutos para completar cada sección. Esto incluye el tiempo que se tardará en leer las instrucciones, reunir la información necesaria y llenar el formulario. Si usted tiene comentarios sobre la precisión del estimado que toma llenar este formulario o sugerencias de cómo mejorar este documento, por favor envíelos por escrito a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Baltimore, Maryland 21244-1850.

5.

**Yo autorizo a Medicare a divulgar mi información médica personal a la (s) persona(s) u organización(s) mencionada en esta forma. Yo entiendo que mi información médica personal podría ser re-divulgada por esta(s) persona(s) u organización(s) y no será de esta manera ya no será protegida por la ley.**

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Número de Teléfono

\_\_\_\_\_  
Fecha en que firmo  
(mm/dd/yyyy)

\_\_\_\_\_  
Escriba la dirección del beneficiario (Calle, Ciudad, Estado, y Código Postal)

\_\_\_\_\_  
Si usted firma como el representante legal escriba su información en las líneas.  
Por favor adjunte toda la información)

\_\_\_\_\_  
Número de Teléfono del representante legal: \_\_\_\_\_

La **Ley de Reducción de Papeleo de 1995** requiere que le avisemos que la colección de esta información se hace según las disposiciones de la sección 3507 de La Ley de Reducción de Papeleo de 1995. No podemos coleccionar ni patrocinar la colección de información, y usted no está obligado a responder a una colección de información a menos que muestre un número válido de control de la Oficina de Gerencia y Presupuesto (OMB, siglas en inglés). El número válido de control de OMB para esta colección de la información es 0938-0930. Calculamos que tardará unos 15 minutos para completar cada sección. Esto incluye el tiempo que se tardará en leer las instrucciones, reunir la información necesaria y llenar el formulario. Si usted tiene comentarios sobre la precisión del estimado que toma llenar este formulario o sugerencias de cómo mejorar este documento, por favor envíelos por escrito a: **CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Baltimore, Maryland 21244-1850.**

**6. Complete, firme y envíe el formulario a la siguiente dirección:**

Medicare BCC, Written Authorization Dept.

PO Box 1270

Lawrence, KS 66044

La **Ley de Reducción de Papeleo de 1995** requiere que le avisemos que la colección de esta información se hace según las disposiciones de la sección 3507 de La Ley de Reducción de Papeleo de 1995. No podemos coleccionar ni patrocinar la colección de información, y usted no está obligado a responder a una colección de información a menos que muestre un número válido de control de la Oficina de Gerencia y Presupuesto (OMB, siglas en inglés). El número válido de control de OMB para esta colección de la información es 0938-0930. Calculamos que tardará unos 15 minutos para completar cada sección. Esto incluye el tiempo que se tardará en leer las instrucciones, reunir la información necesaria y llenar el formulario. Si usted tiene comentarios sobre la precisión del estimado que toma llenar este formulario o sugerencias de cómo mejorar este documento, por favor envíelos por escrito a: **CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Baltimore, Maryland 21244-1850.**



## 7. Note:

Usted puede revocar (retirar) su autorización en cualquier momento, excepto si Medicare ya ha utilizado su información basándose en el permiso otorgado. Si desea revocar su autorización, envíe su petición por escrito a la dirección mencionada arriba.

Su decisión de autorizar o revocar su autorización para divulgar su información médica personal no afectará su inscripción, elegibilidad, beneficios o la cantidad que Medicare paga por los servicios médicos que usted reciba.

La **Ley de Reducción de Papeleo de 1995** requiere que le avisemos que la colección de esta información se hace según las disposiciones de la sección 3507 de La Ley de Reducción de Papeleo de 1995. No podemos coleccionar ni patrocinar la colección de información, y usted no está obligado a responder a una colección de información a menos que muestre un número válido de control de la Oficina de Gerencia y Presupuesto (OMB, siglas en inglés). El número válido de control de OMB para esta colección de la información es 0938-0930. Calculamos que tardará unos 15 minutos para completar cada sección. Esto incluye el tiempo que se tardará en leer las instrucciones, reunir la información necesaria y llenar el formulario. Si usted tiene comentarios sobre la precisión del estimado que toma llenar este formulario o sugerencias de cómo mejorar este documento, por favor envíelos por escrito a: **CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Baltimore, Maryland 21244-1850.**

La **Ley de Reducción de Papeleo de 1995** requiere que le avisemos que la colección de esta información se hace según las disposiciones de la sección 3507 de La Ley de Reducción de Papeleo de 1995. No podemos coleccionar ni patrocinar la colección de información, y usted no está obligado a responder a una colección de información a menos que muestre un número válido de control de la Oficina de Gerencia y Presupuesto (OMB, siglas en inglés). El número válido de control de OMB para esta colección de la información es 0938-0930. Calculamos que tardará unos 15 minutos para completar cada sección. Esto incluye el tiempo que se tardará en leer las instrucciones, reunir la información necesaria y llenar el formulario. Si usted tiene comentarios sobre la precisión del estimado que toma llenar este formulario o sugerencias de cómo mejorar este documento, por favor envíelos por escrito a: **CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Baltimore, Maryland 21244-1850.**