



# Medicare

Beneficiary Services: 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)  
TTY/TDD: 1-877-486-2048

Estimado Medicare Beneficiario:

Gracias por su pedido reciente del Formulario de Autorización a Medicare para Divulgar Información Médica Personal. Adjunto le enviamos el formulario con las instrucciones para completarlo.

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

## **A Dónde 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 formulario.

**Devuelva el formulario a:**

**Medicare BCC, Written Authorizations Dept.**

**Po Box 1270**

**Lawrence, KS 66044**

## **Para Los 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 confidencialidad 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 cómo completar este formulario. Yo estaré encantado de ayudarle

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

Medicare BCC, Written Authorization Dept.  
PO Box 1270  
Lawrence, KS 66044

**Instrucciones para completar la sección 2B del Formulario de Autorización:**

*Por favor seleccione una de las opciones siguientes:*

**Opción 1** Para **incluir** toda la información, en el espacio asignado, 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** la información mencionada arriba, escriba "Excluir la información, sobre el abuso de alcohol y drogas, tratamiento de salud mental, y el VIH" en el espacio asignado. *También puede marcar los casilleros restantes e incluir cualquier limitación (es) en el espacio asignado.* Por ejemplo, puede escribir "información sobre pago". A continuación, proceda con el resto del formulario.

Si tiene alguna pregunta sobre este o cualquier otro asunto por favor llame GRATIS al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios con teléfono de texto (TTY) deben llamar al 1-877-486-2048.

Sinceramente,

1-800- MEDICARE  
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.

Si pide Información Personal de la salud para un beneficiario fallecido, por favor, incluya una copia de la documentación legal que indica su autoridad para solicitar la información. (Por ejemplo: documentos de albacea, documentos con el sello de un tribunal y la firma de un juez para parientes más cercanos, una Carta Testamentaria o de la Administración con un sello de la corte y la firma del juez o documentos de un tribunal con el sello y la firma del juez para representantes personales.) Asimismo, por favor explique su relación con el beneficiario.

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.

**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/aaaa) 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.**

**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. Envié copias de los documentos que demuestren que es el representante legal. (Por ejemplo, Poder Legal).

6. Envié 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 revocará su autorización y Medicare no divulgará 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.

## **Autorización a 1-800-Medicare para la Divulgación de Información Médica Personal**

Use este formulario si desea que el servicio 1-800-MEDICARE divulgue su información personal a otra persona.

\_\_\_\_\_  
**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:**

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 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.

Name:	
Address	

2.

Name:	
Address:	

3.

Name:	
Address:	

**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)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

- Marque aquí si usted firma como el representante legal escriba su información en las líneas. Por favor adjunte toda la información (por ejemplo un poder legal).** Esto solo aplica si la persona que firmó arriba es otra que la que está inscrita en Medicare.

Escriba la dirección del Representante Legal (Calle, Ciudad, Estado, y Código postal)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

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

La relación del Representante Legal con el Beneficiario: \_\_\_\_\_

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

Medicare BCC, Written Authorization Dept.  
PO Box 1270  
Lawrence, KS 66044

**7. Nota:**

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.**